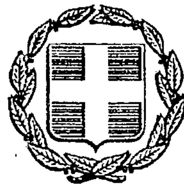


ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ — Αρ. Φύλλου 819

7 Οκτωβρίου 1993

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Φ21/2361

Κανονισμός εκτίμησης βαθμού αναπηρίας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 16 του Α.Ν. 1846/51.
2. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 27 του Ν. 1902/1990.
3. Το αρ. 3339/9.6.1993 έγγραφο του Π.Ι.Σ. με το οποίο εκφράζεται η σύμφωνη γνώμη του.
4. Τις αρ. 296 και 315 αποφάσεις του Δ.Σ. του ΙΚΑ που λήφθηκαν στις αρ. 30/16.9.1993 και 31/23.9.1993 συνεδριάσεις του αντίστοιχα.
5. Το γεγονός ότι από το περιεχόμενο της απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Προϋπολογισμού του ΙΚΑ, αποφασίζουμε:

1. Εγκρίνουμε Κανονισμό, με τον οποίο καθορίζονται τα ποσοστά αναπηρίας που συνεπάγεται κάθε πάθηση ή βλάβη ή σωματική ή πνευματική εξασθένηση ή η συνδυασμένη εμφάνιση τέτοιων παθήσεων ή βλαβών ή εξασθενήσεων, που θα λαμβάνονται υπόψη από τις Υγειονομικές Επιτροπές του ΙΚΑ, όταν κρίνουν την αναπηρία των ασφαλισμένων και συνταξιούχων.

Ο Κανονισμός περιλαμβάνει οκτώ (8) κεφάλαια κατά πάθηση και δύο (2) παραρτήματα ως εξής:

2. Η ισχύς του παραπάνω Κανονισμού αρχίζει από 1.12.1993.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευτεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 5 Οκτωβρίου 1993

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Δ. ΣΙΟΥΦΑΣ

1. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

(Συστηματικά νοσήματα – Λοιμώδη – Μεταβολικά – Νοσήματα συνοδευτικά ιστού)

1.1. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1.1. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται στον ανθρώπινο ρετροϊό HIV. Με ειδικό ένζυμο δρα με ανάστροφη μεταγραφή στο RNA και πολυμερίζοντας το DNA κατασκευάζει όμοιά του στο κύτταρο ξενιστή. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ανοσοκαταστολή του οργανισμού διότι καταστρέφει τα κύτταρα υποδοχείς.

Τρεις είναι οι παθοφυσιολογικοί χαρακτήρες της νόσου: ανοσοκαταστολή, αυτοάνοσοι εκδηλώσεις (λεμφική διάμεσος πνευμονία, ανοσολογική θρομβοκυτοπενία, κ.λπ.) και νευρολογικές εκδηλώσεις.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Φορείς χωρίς συμπτώματα.
2. Νοσούντες με γενικά συμπτώματα ως πυρετός, νυκτερινοί ιδρώτες, απώλεια βάρους, περιοδικές διάρροιες, μυρμηκιάσεις με εικόνα περιφερικής νευρίτιδας και για εβδομάδες αλλαγή της προσωπικότητας.

Παρακλινικά ευρήματα

Αναιμία, λευκοπενία (λεμφοπενία), θρομβοκυτοπενία, πολυκλωνική υπεργαμμασφαιριναιμία και υποχοληστεριναιμία. Ανωμαλία των Τ λεμφοκυττάρων αρχικά και προοδευτική μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων είναι χαρακτηριστικά HIV μολύνσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δυνητική παρέμβαση σε ό,τι αφορά τα συμπτώματα με μικρή ανταπόκριση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-25%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Οι εκδηλώσεις από το δέρμα και τους βλεννογόνους ως λευκοπλακία, σάρκωμα Kaposi, βλεφαρίτιδα, επιπεφυκίτιδα κ.λπ. είναι προμηνύματα οργανικών βλαβών.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου σταδίου. Η επικράτηση του αντιγόνου P24 αυξάνει την πιθανότητα εξελίξεως της νόσου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μη αναστρέψιμη βλάβη· η χρήση του AZT δυνατόν να αναστείλει την εξέλιξη της νόσου, εφόσον οι παρενέργειες εκ της θεραπείας δεν κυριαρχήσουν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67-80%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Προεξάρχει η βαρειά καχεξία και οι εκδηλώσεις από τα διάφορα συστήματα: Αναπνευστικό, ΚΝΣ, ΠΝΣ, γαστρεντερικό, μυοσκελετικό κ.λπ.

Παρακλινικά ευρήματα

Ανυπαρξία ανοσοποιητικού αμυντικού μηχανισμού και όλο το φάσμα των φθοροποιών νόσων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση εξαιρετικώς βαρειά με ταχεία κατάληξη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 100%

1.1.2. Γρίππη

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπό την ευρεία έννοια του κοινού κρυολογήματος (common cold) και με τη συμμετοχή κάποιου εκ των 30 και πλέον τυποποιημένων ιών ως *Influenza*, *Parainfluenza*, *Αδενοϊών*, *Coxsackie*, *Mycoplasma* κ.λπ. αποτελούν μια νόσο εποχιακή και ενίοτε με χαρακτήρα επιδημικό. Προσβάλει το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα και ενίοτε το γαστρεντερικό. Τοπική φλεγμονή ρινοφά-

ρυγγα. Πυρετός έως 40° C, καταρροή, κεφαλαλγίες - Διάρκεια κύκλου ως 4 ημέρες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πυρετός, καταρροή, κεφαλαλγία, βήχας, αδενίτιδα.

Παρακλινικά ευρήματα

Πιθανή λευμφοκυττάρωση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή πρόγνωση με ολιγοήμερη αποχή από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................5-10% [1 εβδομάδα]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επιπλοκές από τους πνεύμονες, την καρδιά, το ΚΝΣ, κ.λπ. Επί λοιμώδους μονοπυρηνώσεως - συμμετοχή ήπατος-σπληνός.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: πνευμονίτιδα - περικαρδίτιδα, υπερχολερυθριναιμία, τρανσαμινασαιμία. Μεταβολή του λευκοκυτταρικού τύπου σε πολυμορφοπυρηνικό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιπλοκές αναστρέψιμες με θεραπεία και αποχή από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................40-50% [1 μήνα]

1.1.3. Ρευματικός πυρετός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ανοσοβιολογική φλεγμονώδης αντίδραση του συνδετικού ιστού έναντι των λυσινών του β-αιμολυτικού στρεπτοκόκκου της ομάδας Α.

1. Χωρίς καρδίτιδα
2. Με καρδίτιδα

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πυρετός, υποδόριοι όζοι, αρθρίτιδες (μεταναστευτικού τύπου).

Παρακλινικά ευρήματα

ASTO άνω των 200 μ. Todd και με τάση ανόδου, ΤΚΕ υψηλή ως τριψήφια, μικρά αναιμία και ενίοτε λευκοπενία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος με καλή πρόγνωση ανταποκρινόμενη καλά στη θεραπευτική αγωγή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οξεία φάση ....50-55% [3 μήνες]
- Με συνεχιζόμενη θεραπεία.......................20-25% [3 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου επιπέδου συν εκδηλώσεις από το ΚΝΣ (χορεία) κατά παροξυσμούς.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου επιπέδου και ενίοτε ΗΕΓραφικές ενδείξεις.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση σχετικώς καλή. Η πρώιμη διάγνωση ακολουθείται από την καλή θεραπευτική ανταπόκριση της νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Συχνότητα παροξυσμών μεγαλύτερη του μηνός και χωρίς αρθρίτιδες.......................20-25%
- Συχνότητα παροξυσμών μικρότερη του μηνός.......................25-50%
- Μόνιμη χορεία.......................67-80%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Από την καρδιά με ή χωρίς τα συμπτώματα του πρώτου επιπέδου.

- από το περικάρδιο μικτή καρδιοπάθεια
- από το μυοκάρδιο μικτή καρδιοπάθεια
- από το ενδοκάρδιο μικτή καρδιοπάθεια

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου επιπέδου. συν: ΗΚΓραφικές αλλοιώσεις (PQ, QRS). Αιμοδυναμικές διαφοροποιήσεις. Ακτινολογικά ευρήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος αρκούντως σοβαρή. Συνήθως επιδιώκεται η καλύτερη συντήρηση και η ταχύτατη αποκατάσταση της φλεγμονώδους φάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Περικαρδίτιδα
  Οξεία φάση....68-80% [3 μήνες]
  Φάση αποκατάστασης....55-67% [12 μήνες]
- Μυοκαρδίτιδα
- Ενδοκαρδίτιδα (βαλβιδοπάθεια)
- Μικτή (παγκαρδίτιδα)
  Ανάλογα με το βαθμό επηρεασμού της καρδιακής λειτουργίας
  Χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια.... 35-50%
  Με καρδιακή ανεπάρκεια (βλ. παθήσεις κυκλοφορικού συστήματος)

1.1.4. Τυφοειδής πυρετός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μολυσματική νόσος οφειλόμενη στη *Salmonella typhi* (ομάδας Ο) Εκδηλώσεις από:
- Γαστρεντερικό (κυρίως)
- Οστά - μυελό των οστών
- Χοληδόχο κύστη
- Ουροποιητικό
- ΚΝΣ

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πυρετός, κακουχία, διάρροια, πόνοι στην κοιλιά, σχετική βραδυκαρδία, σπληνομεγαλία, ερυθρές κηλίδες γύρω από τον ομφαλό μετά την πρώτη εβδομάδα (τυφική ροδάνθη).

Παρακλινικά ευρήματα

Η διάγνωση κυρίως τίθεται με τις ορολογικές εξετάσεις. Η καλλιέργεια των κοπράνων μπορεί και να μη βαίνει παράλληλα με τη νόσο. Αιμοκαλλιέργεια.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος ανταποκρίνεται καλά στη θεραπεία και σε διάστημα 3 - 4 εβδομάδων επέρχεται ίαση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....35 - 55% [2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

30% παρουσιάζουν επιπλοκές από: έντερο (αιμορραγίες), ΚΝΣ (μηνιγγίτιδα), οστά, μυελό (οστεομυελίτιδα), χοληδόχο κύστη (χολοκυστίτιδα), ουροποιητικό (νεφρίτιδα).

Παρακλινικά ευρήματα

Η θετική αιμοκαλλιέργεια και η θετική καλλιέργεια μυελού των οστών ως και των ούρων προμηνύουν επιπλοκή ή χρονιότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αιμορραγίες από το έντερο: καλή ανταπόκριση
  στη θεραπεία....55-60% [2 μήνες]
- Από ΚΝΣ: ανατρέψιμη επιπλοκή....80-87% [3 μήνες]
- Οστεομυελίτιδα:
  Οξεία φάση....55-60%
  Χρονία εξέλιξη....15-20%
- Ουροποιητικό:
  Οξεία φάση....55-67% [2 μήνες]
- Χρονία εξέλιξη....35-50%

1.1.5. Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος οφειλόμενη στα χλαμύδια του τραχώματος (*C. trachomatis*) (τύπος L1 - L3) και μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή. Εκδηλώσεις από τα έξω γεννητικά όργανα στον άνδρα και από τους σύστοιχους λεμφαδένες ως και από την περιοχή του πρωκτού στους ομοφυλόφιλους. Στις γυναίκες προσβάλλονται

και περιφερικοί αδένες. Εκδηλώσεις από τους πνεύμονες, το ΚΝΣ και τους οφθαλμούς.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πυρετός, τοπικά έλκη, διόγκωση των αδένων, πρωκτίτιδα.

Παρακλινικά ευρήματα

Ορολογικές αντιδράσεις και ιδίως η ανεύρεση χλαμυδίων επιβεβαιώνει τη νόσο. Εξέταση με ανοσοφθορισμό της IgM ανοσοσφαιρίνης προσδιορίζει την οξεία φλεγμονή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος ανταποκριμένη καλώς στη θεραπευτική αγωγή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 25-35% [3 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Από τις αρθρώσεις, το δέρμα (κνίδωση), τους οφθαλμούς (ιρίτιδα) το ΚΝΣ (κεφαλαλγία, ερεθισμός μηνίγγων), τους πνεύμονες (πνευμονία).

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου σταδίου και επιπλέον τα εκ των διαφόρων συστημάτων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αρχικώς καλή ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι επιπλοκές ακολουθούν την ύφεση της οξείας φάσεως της νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αρθρώσεις, δέρμα .... 15-20% [3 μήνες]
- Οφθαλμοί 25-35%
- ΚΝΣ (οξεία φάση) .... 60% [1 χρόνο[
- ΚΝΣ (υπολείμματα) .... 35-50% [δια βίου]
- Πνεύμονες (οξεία φάση) .... 35-50% [1 χρόνο]
- Πνεύμονες (υπολείμματα) .... 10-15% [δια βίου]

1.2. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

1.2.1. Θαλασσαιμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κληρονομική ανωμαλία ομόζυγος ή ετερόζυγος. Χαρακτηρίζεται από ελάττωση ή σμίκρυνση των αλύσεων της σφαιρίνης (α και β). Ανάλογα δε με την ποσοτική και ποιοτική συμμετοχή των A, A_2, F και H αιμοσφαιρίνης στο ερυθροκύτταρο η θαλασσαιμία διακρίνεται:
Β-Θαλασσαιμία μείζων ή μεσογειακή αναιμία ή νόσος Cooley
Β-Θαλασσαιμία ελάσσων
Α-Θαλασσαιμία (στίγμα) και θαλασσαιμία Η.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Β-Θαλασσαιμία ή ελάσσων ή ετερόζυγη.

Κλινικά ευρήματα

Διατρέχει κυρίως ασυμπτωματικά και χωρίς ειδικά κλινικά γνωρίσματα.

Παρακλινικά ευρήματα

Ο Ht κυμαίνεται από 28-40%, ο MCV 55-75 fl και ο αριθμός των ερυθροκυττάρων συνήθως φυσιολογικός.
Η ηλεκτροφόρηση της Hb δίνει: A=80-95%, A_2=4-8%, F=1-5%.
Πέραν της ελαφράς υποχρωμίας και των μικροκυττάρων, η παρουσία βασεοφίλου στίξεως και δικτυοκυττάρων την διακρίνει από την α-θαλασσαιμία-στίγμα (alpha thalassemia trait) και στην οποία συνήθως δεν ανευρίσκεται διαταραχή των αιμοσφαιρινών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση και πορεία άριστη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Άνευ κρίσεων αιμολύσεως 0-5%
- Σε περίπτωση κρίσεων αιμολύσεων κάτω από ορισμένες συνθήκες (φάρμακα, υποξία κ.λπ.) .... 35% [2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Β-Θαλασσαιμία μείζων ή Μεσογειακή αναιμία ή νόσος του Cooley - ομόζυγος μορφή.

Κλινικά ευρήματα

Αναιμία, ωχρότητα προσώπου, ειδικό προσωπείο, διαταραχές ανάπτυξης κυρίως μετά τον 6ο μήνα, σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία, καρδιομυοπάθεια, παραμόρφωση οστών, νεφρική ανεπάρκεια.

Παρακλινικά ευρήματα

Ο Ht είναι γύρω στο 10%. Στο επίχρισμα περιφερικού αίματος έχουμε ποικιλοκυττάρωση, υποχρωμία, μικροκυττάρωση, στοχοκύτταρα, βασεόφιλο στίξη και εμπύρηνα ερυθρά (Bizzare). Στην ηλεκτροφόρηση της Hb η A έχει μικρή παρουσία ή απουσιάζει τελείως, η A_2 υποσημαίνεται και κυρίαρχη παρουσία έχει η F αιμοσφαιρίνη: A=0-1%, A_2=4-10%, F=90-96%.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

'όσος εξαιρετικά βαρειά.
ναλόγως της διαταραχής των αιμοσφαιρινών έχουμε:
Θνησιγενή έμβρυα
2) Θάνατο εντός του πρώτου έτους
3) Επιβίωση έως 30 έτη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στην περίπτωση (3) ανάλογα της κλινικής εικόνας και του ρυθμού μεταγγίσεων .... έως 70%
- Επί συνυπάρξεως καρδιακής ή νεφρικής βλάβης........ 100%

Λοιπές αιμοσφαιρινοπάθειες

Οι λοιπές αιμοσφαιρινοπάθειες απλές ή μικτές εντάσσονται σε ένα φάσμα κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων ανάλογων με τις 2 προηγούμενες.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση και η εξέλιξή τους εξαρτάται από την ποσοτική και την ποιοτική συμμετοχή των παθολογικών αιμοσφαιρινών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 5-55%

1.2.2. Δρεπανοκυτταρική αναιμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αιμολυτική αναιμία κληρονομική, ομόζυγος ή ετερόζυγος, χαρακτηριζόμενη από την παρουσία αιμοσφαιρίνης S στο ερυθροκύτταρο. Αποτελεί ένα κλασικό παράδειγμα μετάλαξης της αλύσεως των αμινοξέων στο DNA (βαλίνη → γλουταμίνη στη 6η θέση της αλύσεως της β-σφαιρίνης).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο: Ετερόζυγος

Κλινικά ευρήματα

Νόσος διατρέχουσα ασυμπτωματικά. Σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις υπερπροσπάθειας, σωματικής άσκησης ή έκθεσης σε μεγάλο ύψος και αποσυμπίεσης αεροσκάφους δυνατόν να προκληθεί αίσθημα διόγκωσης και πίεσης στη νεφρική χώρα με δυσουρικά φαινόμενα.

Παρακλινικά ευρήματα

Σε ηλεκτροφορητικό διάγραμμα η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης S.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος με καλή πορεία και πρόγνωση· δεν επηρεάζει τη γενική οικονομία του οργανισμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 0-5%

2ο Επίπεδο: Ομόζυγος

Κλινικά ευρήματα

Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί από το πρώτο έτος της ηλικίας όταν η HbF κατέλθει σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Προεξάρχουν τα συμπτώματα από το σπλήνα, τα οστά, τους πνεύμονες και τον εγκέφαλο λόγω των μικροαγγειακών αποφράξεων και της υποξίας. Ο ίκτερος, η σπληνομεγαλία και τα έλκη των άκρων ακολουθούν τις πολλαπλές και μακροχρόνιες κρίσεις. Οι εκδηλώσεις από τον εγκέφαλο συνήθως υποδηλούν και το τελικό στάδιο.

Παρακλινικά ευρήματα

Ο Ht ευρίσκεται μεταξύ 20-30%. Στο περιφερικό αίμα τα δρεπανοκύτταρα ανευρίσκονται σε ποσοστό 5-50%, τα δικτυοκύτταρα

10-25% και τα λευκά αιμοσφαίρια 12-15.000 κ.κ.χ. Επισημαίνεται η παρουσία χολερυθριναιμίας και απουσία απτοσφαιρίνης. Οι μέθοδοι απεικονιστικής διαγνωστικής αποκαλύπτουν βλάβες στα διάφορα όργανα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σπάνιες κρίσεις αιμολύσεων 50%
- Συχνές κρίσεις και ανάλογα της πορείας και της προσβολής οργάνων 67-80%
- Επί θρομβώσεως εγκεφαλικών αγγείων 100%

1.2.3. Κληρονομική σφαιροκυττάρωση (ή συγγενής αιμολυτική αναιμία ή συγγενής αιμολυτικός ίκτερος)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αιμολυτική νόσος οφειλομένη σε διαταραχή της μεμβράνης των ερυθρών με αποτέλεσμα αυξημένη ενδοκυτταρική συγκέντρωση Na, αυξημένη ευθραυστότητα και σφαιρικά κύτταρα.

Νόσος κληρονομουμένη με επικρατές σωματικό γονίδιο.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα:

Ηπια μορφή: Συνήθως ασυμπτωματική και διαγιγνώσκεται τυχαίως ή στα πλαίσια οικογενειακού ελέγχου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 15%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Συνήθης μορφή
1. Εκδηλώσεις αναιμίας
2. Ικτερος
3. Σπληνομεγαλία

Παρακλινικά ευρήματα

Ορθόχρωμη αναιμία

Ευρήματα αιμόλυσης:
- Πτώση απτοσφαιρινών
- Αύξηση σιδήρου
- Αύξηση εμμέσου χολερυθρίνης

Σφαιροκύτταρα στο αίμα. Μείωση αντιστάσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων σε υπότονα διαλύματα. Coombs αρνητική.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: Οξείες αιμολυτικές κρίσεις. Παροδικές ερυθροβλαστοπενικές κρίσεις. Καθυστέρηση σωματικής αναπτύξεως σε βαρειές και πρώιμες μορφές. Ελκη κνημών (σπάνια). Ανεπάρκεια φυλλικού οξέος. Χολολιθίαση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή μετά σπληνεκτομή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Προ της σπληνεκτομής 55%
- Μετά τη σπληνεκτομή 25%

1.2.4. Νυκτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος σπάνια, αγνώστου αιτιολογίας, χαρακτηριζόμενη από επίκτητο ανωμαλία στη μεμβράνη του ερυθροκυττάρου τα οποία ευαισθητοποιούνται, συγκολλώνται και αιμολύονται.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ασταθής αναιμία. Οι ασθενείς αναφέρουν επεισόδια πρωινής αιμοσφαιρινουρίας και κόκκινα ή καφέ ούρα λόγω της ήπιας νυκτερινής αναπνευστικής οξεώσεως. Η θρόμβωση των μεσεντερίων και ηπατικών φλεβών είναι συνήθης.

Παρακλινικά ευρήματα

Ασταθής αναιμία και πιθανή δικτυοκυττάρωση. Η παρουσία μακρο-ελλειπτοκυττάρων, η μείωση της αιμοσφαιρίνης, η αύξηση της LDH, το test αιμοσφαιρίνης στα ούρα είναι αξιόπιστα στοι-

χεία. Το έλλειμμα σιδήρου προμηνύει χρονία ενδαγγειακή αιμόλυση καθώς και η αυξημένη κατανάλωση του παράγοντα C3b του συμπληρώματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικρές κρίσεις ανταποκρινόμενες στη θεραπεία 35-50%
- Μεγάλες κρίσεις με ενδαγγειακή αιμόλυση και θρομβώσεις .... > 67%
- Εξέλιξη σε απλαστική αναιμία ή μυελική λευχαιμία 67-80%

1.2.5. Διαταραχές πήξεως (Αιμορροφιλία Α, Αιμορροφιλία Β και άλλες)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φυλοσύνδετος κληρονομική νόσος μεταβιβαζόμενη με τον ειπόμενο χαρακτήρα στα άρρενα τέκνα. Οφείλεται σε έλλει- ή μείωση των παραγόντων πήξεως VIII και IX αντιστοίχως. όσον η διαταραχή αφορά ένα παράγοντα η κληρονομικότητα είναι δεδομένη. Αντιθέτως, αν η διαταραχή αφορά περισσότερους παράγοντες η νόσος δύναται να είναι και δευτεροπαθής λόγω μη παραγωγής τους στο ήπαρ και αφορά τους παράγοντες II, VII, V, IX, και X και προσβάλλει και τα δύο φύλα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Το πλέον χαρακτηριστικό εύρημα είναι οι αυτόματες αιμορραγίες στις αρθρώσεις, εντός των μυών και στο γαστρεντερικό. Οι αυτόματες αιμορραγίες είναι τόσο χαρακτηριστικές της σοβαρότητας της Αιμορροφιλίας που θα αποτελούσαν μοναδικό διαγνωστικό σημείο.

Παρακλινικά ευρήματα

Μερικός χρόνος θρομβοπλαστίνης παρατεταμένος ενώ όλες οι άλλες παράμετροι, ως χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ροής και επίπεδα ινωδογόνου, είναι φυσιολογικά. Απαραίτητη η εξέταση για AIDS λόγω των μεταγγίσεων. Τα επίπεδα των παραγόντων VIII και IX είναι αντίστοιχα ελαττωμένα. Επίσης ελαττωμένα επίπεδα παραγόντων και πιθανές διαταραχές στο περιφερικό αίμα και στο ινωδογόνο υπάρχουν για τις λοιπές μορφές αιμορροφιλίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Νόσος βαρειά μη ιάσιμη και ανάλογα με το ποσοστό του παράγοντα και τον αριθμό μεταγγίσεων 70-100%
- Για την έλλειψη των λοιπών παραγόντων και ανάλογα με τις αιμορραγίες και τις μεταγγίσεις 50-67%
- Ιδιαίτερα για τις γυναίκες πέραν της πιθανής ηπατικής βλάβης, από την έναρξη της περιόδου μέχρι και το πέρας της κλιμακτηρίου, παρά την ορμονική παρέμβαση, την υστερεκτομή ή την αδρανοποίηση των ωοθηκών με τα παρεπόμενά τους δεν φαίνεται να προδικάζεται βελτίωση της υγείας .... > 67%

Λοιπές διαταραχές αιμόστασης

Είναι αποτελέσματα ατελειών, όπως του αριθμού των αιμοπεταλίων, της λειτουργικότητας αυτών ή του σχηματισμού του θρόμβου.

Κλινικά ευρήματα

Κοινά ευρήματα είναι: επίσταξη, αιμορραγίες από τα ούλα, μηνορραγίες, αιμορραγίες γαστρεντερικού, πορφύρα και πετέχειες.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα κύρια για κάθε νόσο:

1. Ιδιοπαθής θρομβοκυτοπενική πορφύρα (νόσος του Werlhof)
- Μειωμένα θρομβοκύτταρα
- Φυσιολογικός μυελός οστών ή με αυξημένα μεγακαρυοκύτταρα
- Πιθανή αύξηση του επιπέδου της IgG στα αιμοπετάλια

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Καλή ανταπόκριση στη θεραπεία ή και αυτόματη ίαση .... 67% [6 μήνες]
- Συχνά επεισόδια αιμορραγιών .... > 67%
- Σε ύφεση 35%

2. Θρομβωτική θρομβοκυτοπενική πορφύρα
- Αιμόλυση και αναιμία
- Μικροαγγειοπάθειες
- Θρομβοκυτοπενία
- Ουδετεροφιλία

- Αυξημένη χολερυθρίνη
- Αυξημένη LDH - απουσία απτοσφαιρίνης - έμμεσος Coombs αρνητική· χρόνος προθρομβίνης - χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT) και ινωδογόνο είναι φυσιολογικά. Η θρόμβωση των τριχοειδών και μικρών αγγείων από υαλοειδείς θρόμβους προδικάζει εγκεφαλική βλάβη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Βαρεία και δραματική εξέλιξη της νόσου 80-100%
- Κατά τη φάση της υφέσεως και όσο διαρκεί, χωρίς συμπτώματα από το ΚΝΣ 55-67%

3. Συγγενείς ποιοτικές ανωμαλίες των αιμοπεταλίων

α) Θρομβασθένεια του Glanzmann: Μορφολογία και αριθμός αιμοπεταλίων φυσιολογικός αλλά ο χρόνος ροής σημαντικά επιμηκυσμένος. Αδυναμία συνάθροισης και συγκόλλήσεως των αιμοπεταλίων παρουσία ADP ή κολλαγόνων ινών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εφ' όσον δεν αναπτυχθούν ετεροαντισώματα στα αιμοπετάλια 35-50%
- Επί αναπτύξεως αντισωμάτων .... > 67%

β) Σύνδρομο Bernard-Soulier: Πιθανή θρομβοκυτοπενία όμως τα θρομβοκύτταρα στο επίχρισμα περιφερικού αίματος είναι μεγάλα και ο χρόνος ροής επιμηκυσμένος. Η συνάθροιση των αιμοπεταλίων είναι φυσιολογική αλλά αδυνατούν να συγκολληθούν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Πλήρης ανταπόκριση στη θεραπεία 20-30%

γ) Νόσος του von Willebrand: Συγγενής μείωση ή έλλειψη του παράγοντος von Willebrand (vWF) ενδιάμεσου για τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Ο αριθμός και η μορφολογία τους είναι φυσιολογικά, όμως ο χρόνος ροής είναι παρατεταμένος ή παρατείνεται με τη χορήγηση ασπιρίνης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Οι αιμορραγίες είναι συνεχείς και ήπιες. Επειδή όμως επιδεινώνονται ταχέως και από πολλούς παράγοντες 35-70%

1.2.6. Απλαστική αναιμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αναιμία συνοδευομένη συνήθως από λευκοπενία και θρομβοπενία λόγω μειωμένης δραστηριότητας του μυελού.

Ενοχοποιούνται:

1. Φάρμακα (κυτταροστατικά-χλωραμφενικόλη-φαινυλοβουταζόνη-χρυσός-υδαντοΐνες-κολχικίνη κ.λπ.).
2. Τοξικές ουσίες (βενζόλιο-τολουόλιο-εντομοκτόνα-χρωστικές-βαφές).
3. Λοιμώξεις (κυρίως ηπατίτιδα-σηψαιμία από Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς-φυματίωση).
4. Ακτινοβολία.
5. Ιδιοπαθής.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

- Εκδηλώσεις αναιμίας (καταβολή, ωχρότητα, κ.λπ.).
- Εκδηλώσεις λευκοπενίας (λοιμώξεις).
- Εκδηλώσεις θρομβοπενίας (αιμορραγίες).

Παρακλινικά ευρήματα

- Αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία χωρίς αύξηση των ΔΕΚ.
- Σίδηρος ορού συχνά αυξημένος.
- Πρόωρη καθήλωση του ραδιενεργού σιδήρου στο ήπαρ, βραδεία κάθαρση αυτού από το πλάσμα με μειωμένη πρόσληψή του από το μυελό.
- Ο μυελός των οστών (δια παρακεντήσεως) είναι πτωχός.

Η οστεομυελική βιοψία είναι απαραίτητη για επιβεβαίωση της διαγνώσεως και αποκλεισμό διηθήσεως του μυελού των οστών από παθολογικό ιστό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση της νόσου είναι κακή και συνήθως διαρκεί λίγους μήνες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80-100%

1.2.7. Οξεία λευχαιμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι οξείες λευχαιμίες είναι παθήσεις στις οποίες υπάρχει ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των αρχέγονων αιμοποιητικών οργάνων (βλαστών) στο μυελό των οστών και αντικατάσταση από βλάστες των φυσιολογικών μυελικών κυττάρων. Μερικές φορές διαπιστώνεται η σχέση της πάθησης με πιθανούς λευχαιμογόνους παράγοντες (ιονίζουσα ακτινοβολία, ιοί, γενετικοί παράγοντες, χημικές ουσίες).

Οι οξείες λευχαιμίες διακρίνονται στην οξεία λεμφοβλαστική (κυρίως σε παιδιά) και στην οξεία μυελοβλαστική (κυρίως σε ενηλίκους). Η διάκριση μεταξύ των δύο τύπων έχει μεγάλη σημασία επειδή τόσο η φυσική πορεία όσο και η θεραπεία τους διαφέρουν. Βασίζεται δε στη μορφολογία του μυελού των οστών αλλά και σε ιστοχημικές χρώσεις και σε γνωρίσματα (δείκτες) του κυτταροπλάσματος και της επιφάνειας των βλαστών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα συμπτώματα προέρχονται από την αντικατάσταση του μυελού από βλάστες και είναι:

1. Αιμορραγίες.
2. Αναιμία.
3. Λοιμώξεις.

Μη ειδικά συμπτώματα:

1. Αδυναμία, ανορεξία, απώλεια βάρους.
2. Οστικοί πόνοι.
3. Αρθρίτιδα.
4. Κεφαλαλγία.

Παρακλινικά ευρήματα

ΣΗΜΕΙΑ:

1. Αναιμία. 2. Αιμορραγίες δέρματος, βλεννογόνων, αμφιβληστροειδούς, πεπτικού. 3. Πυρετός, εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας. 4. Δερματικές βλάβες. 5. Ικτερος. 6. Διόγκωση λαμφαδένων-αμυγδαλών. 7. Σπληνομεγαλία. 8. Υπερπλασία ούλων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

Α. Γενική αίματος: 1. Αναιμία. 2. Αυξημένος αριθμός λευκοκυττάρων (μερικές φορές φυσιολογικός ή χαμηλός). 3. Παρουσία βλαστών (όχι πάντα απαραίτητη). 4. Θρομβοκυτοπενία.

Β. Μυελός οστών: Αφθονία βλαστών. Μειωμένα τα ώριμα στοιχεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Τα τελευταία χρόνια η πρόγνωση της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας των παίδων με θεραπεία σε ειδικά κέντρα θεωρείται καλή. Γίνεται προσπάθεια για ίαση και όχι αύξηση του χρόνου επιβίωσης 80%
- Η πρόγνωση όμως της οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας των ενηλίκων θεωρείται κακή. Η μεταμόσχευση μυελού των οστών και η χρησιμοποίηση μονοκλωνικών αντισωμάτων έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και στις δύο περιπτώσεις 80-100%

1.2.8. Χρόνια μυελογενής λευχαιμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η νόσος προσβάλλει άτομα μέσης ηλικίας παρ' όλο που υπάρχει και νεανική μορφή. Κατατάσσεται στα μυελοϋπερπλαστικά σύνδρομα επειδή έχουμε ανεξέλεγκτη αύξηση όλων των μυελικών στοιχείων. Υπάρχουν 2 στάδια στην εξέλιξη της νόσου.

• Το 1ο το οποίο διαρκεί 3-5 έτη. Στο στάδιο αυτό έχουμε ανταπόκριση στη θεραπεία (μείωση λευκοκυττάρων και σπληνομεγαλία, και

• Το 2ο ή βλαστικό στάδιο το οποίο διαρκεί 3-6 μήνες και δεν έχουμε καμμία ανταπόκριση στη θεραπεία.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

- Η έναρξη είναι συνήθως ύπουλη και πολλές φορές αποκαλύπτεται τυχαία.
- Μη ειδικά συμπτώματα (αδυναμία, λήθαργος).
- Συμπτώματα αναιμίας.
- Συμπτώματα αυξημένου μεταβολισμού (απώλεια βάρους, εφιδρώσεις).

Παρακλινικά ευρήματα
- Ακαθόριστη ενόχληση στην κοιλιά (οφείλεται σε σπληνομεγαλία ή σπληνικό έμφρακτο).
- Οστικοί πόνοι.
- Παθολογική αιμορραγία (από παθολογική λειτουργία των αιμοπεταλίων).

ΣΗΜΕΙΑ:
Αναιμία, σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία, παθολογική αιμορραγία.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:
1. Αναιμία.
2. Τα λευκοκύτταρα είναι αυξημένα με εκτροπή του τύπου προς τα αριστερά (προ- μετα- και μυελοκύτταρα). Αύξηση βασεοφίλων.
3. Στην αρχή θρομβοκυττάρωση.
4. Μυελός οστών. Υπερπλασία της κοκκιώδους σειράς-μεγακαρυοκυττάρωση.
5. Στον καρυότυπο βρίσκεται το παθολογικό χρωματόσωμα Philadelphia (εξάλειψη τμήματος του μακρού σκέλους του χρωμοσώματος 22 και μετάθεση στη θέση 5).
6. Η αλκαλική φωσφατάση των λευκοκυττάρων είναι ελαττωμένη.
7. Η βιταμίνη B_{12} του ορού είναι αυξημένη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση του σταδίου αυτού είναι καλή. Ικανοποιητική ανταπόκριση στη θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μέχρις ότου επιτευχθεί ύφεση 80%
- Κατά τη διάρκεια των υφέσεων 67%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Το βλαστικό στάδιο εμφανίζει:
1. Συμπτώματα αναιμίας και αιμορραγίας
2. Εντονη και επίμονη σπληνομεγαλία.

Παρακλινικά ευρήματα
- Αναιμία.
- Θρομβοπενία.
- Ανθεκτική λευκοκυττάρωση με παρουσία βλαστών στην περιφέρεια.
- Στο 20% των περιπτώσεων οι βλάστες φέρουν γνωρίσματα (δείκτες) λεμφογενούς προέλευσης, π.χ. το ένζυμο δεσοξυνουκλεοτιδική τρανσφεράση (Tdt). Το εύρημα αυτό έχει μεγάλη σημασία από θεραπευτική άποψη επειδή ανευρίσκεται στις βλαστικές κρίσεις λεμφικού τύπου (Tdt θετικές). Μπορεί να ανταποκριθούν αποτελεσματικά τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για νεοπλασίες του λεμφικού ιστού (όπως η βινκριστίνη).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επιβίωση 3-4 μήνες. Ελπιδοφόρα εμφανίζεται η μεταμόσχευση του μυελού των οστών .... 80 - 100%

1.2.9. Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Λίαν περιεκτικός ορισμός της νόσου εδόθη από τον William Damesher. "Αθροιστική νόσος από λεμφοκύτταρα χωρίς ανοσολογικές ικανότητες". Είναι πάθηση των ηλικιωμένων. Η απουσία ανοσοποιητικών ικανοτήτων από τον αυξημένο λεμφοκυτταρικό πληθυσμό εκδηλώνεται με υπογαμμασφαιριναιμία (προδιάθεση σε λοιμώξεις) και με την εμφάνιση φαινομένων αυτοανοσίας (αιμολυτική αναιμία με θετική Coombs). Τα νεοπλασματικά λεμφοκύτταρα της ΧΛΛ προέρχονται από κλωνική υπερπλασία των Β λεμφοκυττάρων και στην κυτταροπλασματική μεμβράνη έχουν μόρια ανοσοσφαιρίνης IgM και IgD. Τα λεμφοκύτταρα Β της ΧΛΛ εκφράζουν το αντιγόνο Ia, τον υποδοχέα C3 και τον υποδοχέα του τμήματος Fc της ανοσοσφαιρίνης.

Σε 1% των περιπτώσεων ΧΛΛ τα λεμφοκύτταρα είναι τύπου Τ χωρίς ανοσοσφαιρίνες στη μεμβράνη.

Η διάκριση έχει προγνωστική σημασία. Οι ΧΛΛ-Τ προελεύσεως έχουν κακή πρόγνωση και μη ανταπόκριση στη θεραπεία.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
- Συχνά κανένα. Ανακαλύπτεται τυχαία.

- Συμπτώματα αναιμίας.
- Γενικά (κακουχία, απώλεια βάρους).
- Διόγκωση λεμφαδένων.
- Υποτροπή λοιμώξεων.
- Λεμφαδενοπάθεια.
- Σπληνομεγαλία.
- Σημεία λοίμωξης (δερματικής, πνευμονικής, συχνός ο έρπης ζωστήρας).
- Διόγκωση σιελογόνων αδένων.
- Πλευριτική συλλογή.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

1. Γενική αίματος: Λεμφοκυττάρωση. Σε μεταγενέστερα στάδια αναιμία, θρομβοπενία αρχικά είναι φυσιολογικά.
2. Ο μυελός των οστών διηθημένος από λεμφοκύτταρα.
3. Η βιοψία του λεμφαδένα δείχνει αντικατάσταση της φυσιολογικής λεμφαδενικής υφής από μικρά λεμφοκύτταρα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο Rai και οι συνεργ. όρισαν τα παρακάτω κριτήρια κλινικής σταδιοποίησης της ΧΛΛ που έχουν προγνωστική σημασία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- ΣΤΑΔΙΟ 0: Μονολεμφοκυττάρωση 40%
- ΣΤΑΔΙΟ Ι: Λεμφοκυττάρωση+διόγκωση λεμφαδένων 50%
- ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ: Λεμφοκυττάρωση+σπληνομεγαλία - ηπατομεγαλία 60%
- ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ: Λεμφοκυττάρωση+αναιμία 70%
- ΣΤΑΔΙΟ IV: Λεμφοκυττάρωση και θρομβοκυτοπενία 80%

1.2.10. Μυελοσκλήρυνση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η πάθηση αυτή χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του μυελού των οστών από ινώδη συνδετικό ιστό και από ανάπτυξη νέου οστού. Υπάρχει λευκοερυθροβλαστική αναιμία με εξωμυελική αιμοποίηση στο σπλήνα και το ήπαρ.

Η μυελοσκλήρυνση αποτελεί το τελικό στάδιο της ιδιοπαθούς πολυερυθραιμίας ή θρομβοκυττάρωσης.

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

- Τα της αναιμίας.
- Κοιλιακή διάταση (οφείλεται στη σπληνομεγαλία).
- Κοιλιακό άλγος (οφείλεται σε σπληνικά έμφρακτα).
- Ιδρώτες και απώλεια βάρους από τον αυξημένο μεταβολισμό.
- Αιμορραγία (οφείλεται σε παθολογικά αιμοπετάλια ή θρομβοπενία).

ΣΗΜΕΙΑ:

Αναιμία, σπληνομεγαλία, αιμορραγία (παθολογική).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

1. Η εικόνα του περιφερικού αίματος είναι εκείνη της λευκοερυθροβλαστικής αναιμίας, δηλ. υπάρχει αναιμία μαζί με άωρα ερυθρά και λευκά.
2. Η παρακέντηση του μυελού είναι ανεπιτυχής ("κενός μυελός"). Η διάγνωση γίνεται με οστεομυελική βιοψία.
3. Η βιοψία ήπατος-σπληνός δείχνει εξωμυελική αιμοποίηση.
4. Δεν υπάρχει χρωματόσωμα Philadelphia και η αλκαλική φωσφατάση των λευκοκυττάρων είναι φυσιολογική ή αυξημένη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Η θεραπεία και η μεταμόσχευση μυελού με πενιχρά αποτελέσματα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

1.2.11. Μακροσφαιριναιμία Waldenström

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η μακροσφαιριναιμία του Waldenström οφείλεται σε μονοκλωνική πλασματοκυττάρωση κατά την οποία εκκρίνονται IgM ανοσοσφαιρίνες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

- Συμπτώματα αναιμίας.

- Συμπτώματα υπεργλοιότητας.
- Αιμορραγίες αμφιβληστροειδούς.
- Οίδημα θηλών.
- Αίμα (αιμορραγικές εκδηλώσεις).
- Νευρικό (κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγοι, σύγχυση, κώμα).
- Κυκλοφορικό (καρδιακή ανεπάρκεια).
- Κρυοσφαιριναιμία.
- Δυσανεξία στο ψύχος.
- Φαινόμενο Raynaud.
- Εξελκώσεις.
- Γάγγραινα.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα εργαστηριακά ευρήματα είναι τα ίδια των άλλων υπερπαραπρωτεϊναιμιών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή. Μέση επιβίωση 3 έτη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................> 67%

1.2.12. Πολλαπλούν μυέλωμα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κακοήθης νεοπλασία χαρακτηριζόμενη από αυξημένη μονοκλωνική διήθηση από πλασματοκύτταρα, τα οποία αφ' ενός εκτοπίζουν τα φυσιολογικά στοιχεία του μυελού και αφ' ετέρου υπερπαράγουν μία από τις ανοσοσφαιρίνες (IgG, IgA, IgM, IgD και IgE). Η υπερπαραγόμενη ανοσοσφαιρίνη καλείται παραπρωτεΐνη. Η υπερπαραγωγή μπορεί να αφορά όλο το μόριο της ανοσοσφαιρίνης ή τμήμα αυτής (βαρειά ή ελαφρά άλυσο).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

- Συμπτώματα από το νεόπλασμα (αναιμία, οστικοί πόνοι, κατάγματα, παραπληγία).
- Συμπτώματα από την παραπρωτεΐνη.
  1. Σύνδρομο υπεργλοιότητας.
  2. Κρυοσφαιριναιμία.
- Συμπτώματα από τους νεφρούς (από λευκωματουρία μέχρι νεφρική ανεπάρκεια).
- Αμυλοείδωση.
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις.
- Λοιμώξεις.

Εργαστηριακά ευρήματα

- Αναιμία, αυξημένη ΤΚΕ.
- Χημικός προσδιορισμός λευκώματος (αύξηση σφαιρινών, μείωση λευκωματινών).
- Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού (στενή και έντονη ταινία στην περιοχή των γ-σφαιρινών).
- Ανοσοηλεκτροφόρηση λευκωμάτων για καθορισμό του τύπου του μυελώματος.
- Σπινθηρογράφημα οστών (οστεολύσεις στα μακρά κυρίως οστά).
- Βιοψία μυελού: Αυξημένα και ανώμαλα πλασματοκύτταρα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αν υπάρχει:
1. Αναιμία.
2. Υπερασβεστιαιμία.
3. Ελάττωση νεφρικής λειτουργίας.
4. Μεγάλα μονοκλωνικά επάρματα στην ανοσοηλεκτροφόρηση.
5. Πολλαπλές οστεολύσεις.

Η πρόγνωση θεωρείται κακή (<2 ετών επιβίωση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................80%

Εάν δεν υπάρχουν τα ανωτέρω η πρόγνωση είναι καλύτερη (επιβίωση έως 7 έτη).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................67%

1.2.13. Λεμφώματα

1.2.13.1. Νόσος του Hodgkin

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ορισμός

Τα λεμφώματα είναι νεοπλασίες του λεμφοδικτυωτού ιστού, με ποικίλουσα κακοήθεια, που ξεκινούν από ομάδα λεμφαδένων,

επεκτείνονται σε άλλους αδένες και εν συνεχεία σε άλλες περιοχές εκτός του λεμφοδικτυωτού συστήματος (οστά - δέρμα νευρικό σύστημα).

Ταξινόμηση

Με ιστολογικά και κλινικά κριτήρια τα λεμφώματα διακρίνονται σε Hodgkin και μη-Hodgkin λεμφώματα.

Ιστολογική ταξινόμηση των Hodgkin λεμφωμάτων:

1. Λεμφοκυτταρικός.
2. Οζώδης ινοσκληρυντικός.
3. Μεικτός.
4. Λεμφοπενικός.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Συμπτώματα

1) Πυρετός. 2) Αδυναμία, απώλεια βάρους, νυχτερινοί ιδρώτες. 3) Κνησμός.

Σημεία

1) Λεμφαδενοπάθεια (διόγκωση χωρίς πόνο). 2) Ηπατομεγαλία. 3) Σπληνομεγαλία. 4) Αναιμία, ίκτερος. 5) Πλευρίτιδα, ατελεκτασία, ασκίτης. 6) Δερματικές βλάβες. 7) Προσβολή ΚΝΣ (παραπληγία).

Διάγνωση

Βιοψία λεμφαδένων (κυρίως), ήπατος, σπληνός, δέρματος. Χαρακτηριστική η παρουσία σε ειδική κυτταρική επίστρωση των κυττάρων Reed - Sternberg.

Σταδιοποίηση

Με γενικές εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος, τομογραφίες θώρακος - κοιλίας, λεμφαγγειογραφία, βιοψία μυελού θα γίνει η σταδιοποίηση του λεμφώματος στα εξής στάδια.

ΣΤΑΔΙΟ Ι: Προσβολή μιας αδενικής εστίας ή μιας μονήρους εξωλεμφικής.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ: Προσβολή 2 ή περισσοτέρων αδενικών εστιών άνωθεν ή κάτωθεν του διαφράγματος. Η προσβολή ενός ή περισσοτέρων αδενικών εστιών άνωθεν ή κάτωθεν του διαφράγματος και μονήρους εξωλεμφικής εστίας.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ: Προσβολή αδένων άνωθεν και κάτωθεν του διαφράγματος μετά μιας εξωλεμφικής εστίας, ή σπληνός, ή αμφοτέρων.

ΣΤΑΔΙΟ IV: Προσβολή άλλων οργάνων.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στάδια Ι και ΙΙ .... 80% [6 μήνες[
- Πρόγνωση καλή. Μεγάλο ποσοστό ίασης .... 67 [4 μήνες]
- Σε ύφεση 10%
- Στάδιο ΙΙΙ .... 80% [6 μήνες]
- Πρόγνωση μέτρια, κίνδυνος υποτροπής .... 67% > [6 μήνες]
- Στάδιο IV. Πρόγνωση μέτρια έως κακή .... 80% [1-2 έτη]
- Σε υποτροπή, επανάληψη της θεραπείας. Η πρόγνωση εξαρτάται και από τον ιστολογικό τύπο .... Ιδια ποσοστά

1.2.13.2. Μη-Hodgkin λεμφώματα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα μη-Hodgkin λεμφώματα αποτελούν ετερογενή ομάδα νεοπλασμάτων που προέρχονται από την μονοκλωνική υπερπλασία ενός κακοήθους νεοπλασματικού κυττάρου λεμφικής προέλευσης. Τα τελευταία 2 χρόνια για την παθογένεια τς νόσου έχει αναπτυχθεί η θεωρία της χρωμοσωματικής μετάθεσης που αφορά κυρίως τα χρωμοσώματα 8 και 14 (που φέρουν τα γονίδια κωδικοποίησης των ανοσοσφαιρινών) και τη χρωματοσωματική θέση στην οποία βρίσκεται ένα κυτταρικό ογκογονίδιο (το c - myc).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα μη-Hodgkin λεμφώματα ταξινομούνται παθολογοανατομικά σε λεμφώματα:

α) Χαμηλής κακοήθειας.
β) Ενδιάμεσης κακοήθειας.
γ) Υψηλής κακοήθειας.
(Κριτήρια για την ταξινόμηση αποτελούν η αρχιτεκτονική του λεμφαδένα και η μορφολογία των κυττάρων).

Η κλινική σταδιοποίηση του μη-Hodgkin λεμφώματος στηρίζεται στα ίδια κριτήρια με τα Hodgkin λεμφώματα με 2 διαφορές:

1. Τα μη-Hodgkin λεμφώματα εμφανίζονται περισσότερο σε εξωαδενικές εστίες, και
2. Η εξέλιξη αυτών είναι ταχεία, δηλ. η μετάπτωση από το ένα στάδιο στο άλλο γίνεται σε μικρό χρονικό διάστημα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

- Στάδιο I και II
Η πρόγνωση θεωρείται καλή αν και είναι σπάνια (βλ. ανωτέρω) τα ως άνω στάδια.
Η πρόγνωση εξαρτάται από τον παθολογοανατομικό τύπο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67% [2 χρόνια]

- Στάδια III και IV
Πρόγνωση μετρία έως κακή (λόγω των εξωλεμφαδενικών εντοπίσεων)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................80% [2 χρόνια]

1.3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

1.3.1. Σύνδρομο Nelson

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ανάπτυξη αδενώματος στην υπόφυση μετά από αμφοτερόπλευρη επινεφριδιεκτομή σε ασθενείς με νόσο του Cushing. Η συχνότητά του (10-78%) εξαρτάται από τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της νόσου του Cushing πριν την αφαίρεση και των δύο επινεφριδίων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Εντονη υπέρχρωση δέρματος, οπτικές διαταραχές, κεφαλαλγία. Μερικές φορές οξεία υποφυσιακή ανεπάρκεια.

Παρακλινικά ευρήματα

ACTH πλάσματος πολύ αυξημένη. Η αξονική τομογραφία της υπόφυσης δείχνει την επέκταση του αδενώματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό επέκτασης του αδενώματος.

1. Αν παραμείνει ως μικροαδένωμα χωρίς τάση επέκτασης, γίνεται εγχείρηση και το ποσοστό ανικανότητας θα εξαρτηθεί από το αποτέλεσμα της εγχείρησης (βλ. νόσο του Cushing)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >67% [2 μήνες]
....................20-30% [δια βίου]

2. Αν είναι πολύ επεκτατικό γίνεται εγχείρηση, ακολουθεί ακτινοβολία και θεραπεία υποκατάστασης για τον υποϋποφυσισμό (βλ. νόσο του Cushing)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................προσωρινή ανικανότητα [3 μήνες]
....................30% [δια βίου]

1.3.2. Νόσος του Cushing

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερέκκριση ACTH από αδένωμα της υπόφυσης συνήθως μεγέθους 1 10 mm (μικροαδένωμα) και σπάνια πάνω από 10 mm (μακροαδένωμα). Η υπερέκκριση της ACTH συχνά προκαλεί αμφοτερόπλευρη διάχυτη υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων και σπάνια αμφοτερόπλευρη ή ετερόπλευρη ανάπτυξη όγκων των επινεφριδίων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πανσεληνοειδές προσωπείο, παχυσαρκία κορμού, ερυθροκύανες ραβδώσεις, υπερτρίχωση, μυϊκή αδυναμία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερκορτιζολαιμία, αυξημένη ACTH (ή φυσιολογική), αυξημένη κορτιζόλη ούρων 24ώρου, απώλεια του ρυθμού έκκρισης κορτιζόλης. Μη αναστολή της κορτιζόλης με χαμηλές δόσεις δεξαμεθαζόνης αλλά αναστολή της κορτιζόλης με μεγάλες δόσεις δεξαμεθαζόνης. Η αξονική τομογραφία δείχνει συνήθως το μικροαδένωμα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από την έκβαση της εγχείρησης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν αφαιρεθεί το αδένωμα και δεν προκληθεί βλάβη της υπόφυσης .... 67% [2 μήνες]
- Αν μετά την αφαίρεση του αδενώματος αποδειχθεί δευτεροπαθής ανεπάρκεια των επινεφριδίων, που διαρκεί συνήθως 6-18 μήνες, χορηγείται κορτιζόλη γι' αυτό το χρονικό διάστημα .... 67% [2 μήνες] και 20% [6-18 μήνες]
- Αν το αδένωμα είναι τόσο μικρό που να μην μπορεί να αφαιρεθεί ή τόσο μεγάλο που να μην μπορεί να εξαιρεθεί ολόκληρο γίνεται ολική υποφυσεκτομή και θεραπεία υποκαταστάσεως με κορτιζόλη δια βίου 50%

1.3.3. Προλακτινώματα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όγκοι συνήθως <1 cm (μικροαδενώματα) και σπανίως >1 cm (μακροαδενώματα) που εκκρίνουν προλακτίνη (PRL).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Στις γυναίκες: Γαλακτόρροια, αραιομηνόρροια ή αμηνόρροια.
Στους άνδρες: Ελάττωση της libido.

Παρακλινικά ευρήματα

Προλακτίνη ορού 100-200 ng/ml. Η αξονική τομογραφία δείχνει συνήθως το μικροαδένωμα (<1 cm).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή πρόγνωση με φαρμακευτική αγωγή (βρωμοκρυπτίνη) ή μικροχειρουργική (διασφηνοειδική προσπέλαση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν γίνει εγχείρηση (επιτυχία 90%) συνεχίζεται η παρακολούθηση για 5 χρόνια .... 67% [2 μήνες]
- Αν γίνει εγχείρηση και η PRL δεν υποχωρήσει ή υποτροπιάσει τότε χορηγείται φαρμακευτική αγωγή (βρωμοκρυπτίνη) .... 20% [5 χρόνια]
- Αν δεν γίνει εγχείρηση χορηγείται φαρμακευτική αγωγή και οι ασθενείς ευρίσκονται υπό διαρκή παρακολούθηση 20%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα κλινικά ευρήματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και ενδεχομένως οφθαλμικές διαταραχές, υποϋποφυσισμός.

Παρακλινικά ευρήματα

Προλακτίνη >200 ng/ml. Παρακλινικά ευρήματα υποϋποφυσισμού. Η αξονική τομογραφία της υπόφυσης δείχνει το μακροαδένωμα (>2 cm).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Γίνεται εγχείρηση, ακολουθεί ακτινοβολία της υπόφυσης ή χορηγείται φαρμακευτική αγωγή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........30%

Αν εμφανισθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές συνεχίζεται η παρακολούθηση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67%

1.3.4. Μεγαλακρία-Γιγαντισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερέκκριση αυξητικής ορμόνης (GH) από αδένωμα της υποφύσεως (συνήθως) ή έκτοπη έκκρισή της (σπανίως). Αν αυτό γίνει πριν τη σύγκλειση των επιφύσεων τότε προκαλείται γιγαντισμός· αν γίνει μετά τη σύγκλειση των επιφύσεων τότε προκαλείται μεγαλακρία.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πάχυνση των οστών και μαλακών μορίων της κεφαλής και των άκρων, υπερίδρωση, παραισθησίες, κεφαλαλγία, αρθραλγίες.

Παρακλινικά ευρήματα

Η αυξητική ορμόνη, που είναι αυξημένη, δεν ελαττώνεται με τη χορήγηση γλυκόζης. Υπεργλυκαιμία σε ποσοστό 20%. Η αξονική τομογραφία δείχνει τη διεύρυνση του τουρκικού εφιππίου και το αδένωμα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Α) Αν το αδένωμα είναι <2 cm η πρόγνωση είναι καλή, επειδή με τη διασφηνοειδική προσπέλαση συνήθως αφαιρείται όλο το αδένωμα με επιτυχία >90% χωρίς βλάβη της υπόφυσης

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67% [2 μήνες]

Β) Αν το αδένωμα είναι >2 cm η επιτυχία της εγχείρησης φτάνει τα 60-70%. Γίνεται έλεγχος της υπόφυσης κάθε 6 μήνες και επί 2 χρόνια, οπότε αν σ' αυτό το διάστημα η GH παραμένει φυσιολογική

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67% [2 μήνες] μετά 30% [2 χρόνια]

Γ) Αν το αδένωμα είναι >2 cm και δεν είναι δυνατό να χειρουργηθεί τότε γίνεται ακτινοβολία της υπόφυσης. Σε αυτή την περίπτωση η υποχώρηση της νόσου καθυστερεί μέχρι 10 χρόνια ενώ αναπτύσσεται μόνιμη ανεπάρκεια της υπόφυσης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67% [ανανέωση κάθε 2 χρόνια]
........40-50% [10 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα κλινικά ευρήματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και, αμφικροταφική ημιανοψία, ατροφία οπτικού νεύρου, οίδημα οπτικής θηλής. Εντονη, ανθεκτική στα παυσίπονα, κεφαλαλγία.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα παρακλινικά ευρήματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας. Η αξονική τομογραφία της υπόφυσης δείχνει επέκταση του αδενώματος πάνω από το τουρκικό εφίππιο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Α) Αν με την εγχείρηση ή την ακτινοβολία ή και τα δύο τα κλινικά και παρακλινικά ευρήματα ανατραπούν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........55-67% [ανανέωσηκάθε 2 χρόνια]

Β) Αν προκληθούν επιπλοκές κατά την εγχείρηση ή την ακτινοβολία και τόσο η νόσος όσο και οι οφθαλμικές διαταραχές αποδειχθούν μη αναστρέψιμες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........100%

1.3.5. Αδενοϋποφυσιακή ανεπάρκεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μειωμένη έκκριση μιας ή περισσοτέρων ορμονών του προσθίου λοβού της υπόφυσης.

Αίτια:

1) Ογκοι της υπόφυσης.
2) Ισχαιμία της υπόφυσης μετά από πτώση της αρτηριακής πιέσεως στον τοκετό (σύνδρομο Sheehan).
3) Υποφυσεκτομή ή ραδιοϋποφυσεκτομή.
4) Υποθαλαμική ανεπάρκεια.

5) Φλεγμονές, τραυματισμοί, θησαυρισμώσεις, αυτοάνοσοι μηχανισμοί.

Τα επίπεδα βαρύτητας και έτσι και τα ποσοστά ανικανότητας αφορούν μόνο τη μόνιμη βλάβη της υπόφυσης, είναι ανεξάρτητα από το αίτιο της βλάβης εξαρτώνται όμως από την έκταση αυτής (μερική ή ολική) και κυρίως τη σπουδαιότητα του οργάνου στόχου που εκπίπτει δευτεροπαθώς.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ελλειψη των γοναδοτροφινών (υπογονατροτροφικός υπογοναδισμός)

Κλινικά ευρήματα

- Στους άνδρες: Ανικανότητα, ελάττωση του σεξουαλικού τριχώματος.
- Στις γυναίκες: Αμηνόρροια, εξαφάνιση του τριχώματος των μασχαλών και του εφηβαίου.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλές γοναδοτροφίνες, χαμηλή τεστοστερόνη (άνδρες), χαμηλά οιστρογόνα (γυναίκες).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή μετά από θεραπεία υποκαταστάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........5-10%

2ο Επίπεδο

Ελλειψη της θυρεοτροπίνης (δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός)

Κλινικά ευρήματα

Δέρμα ξηρό αλλά λιγότερο τραχύ από ό,τι στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T_4 και T_3, χαμηλή TSH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή μετά από θεραπεία υποκαταστάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........10%

3ο Επίπεδο

Ελλειψη της ACTH (δευτεροπαθής φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια)

Κλινικά ευρήματα

Μέτρια συμπτώματα και σημεία επινεφριδιακής ανεπάρκειας, χωρίς όμως υπέρχρωση δέρματος.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή κορτιζόλη αίματος και ούρων, χαμηλή ACTH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Παρά το γεγονός ότι η νόσος αυτή εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια υποφυσιακής ανεπάρκειας η πρόγνωση είναι αρίστη, με θεραπευτική αγωγή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........25-30%

4ο Επίπεδο

Γενικευμένη αδενοϋποφυσιακή ανεπάρκεια (νόσος Simmond)

[ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο όρος καχεξία του Simmond είναι παλαιός. Δεν υπάρχει καχεξία στην ολική υποφυσιακή ανεπάρκεια, μάλιστα οι ασθενείς είναι συνήθως λίγο υπέρβαροι. Αν παρ' όλα αυτά βρεθεί καχεξία τότε πρέπει να ερευνηθεί το αίτιό της (π.χ. ψυχογενής ανορεξία κ.ά.)].

Κλινικά ευρήματα

Φαινόμενα υπολειτουργίας των γονάδων, του θυρεοειδούς και των επινεφριδίων.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή LH, FSH, TSH, ACTH. Χαμηλή T_4, T_3, κορτιζόλη, οιστρογόνα, τεστοστερόνη. Με πρόκληση υπογλυκαιμίας (test ινσουλίνης) δεν αυξάνουν η GH, η ACTH και η κορτιζόλη. Με TRH-test δεν αυξάνει η TSH. Με LH-RH δεν αυξάνει η FSH - LH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή μετά από θεραπεία υποκατάστασης με περιφερικές ορμόνες δια βίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........30%

1.3.6. Άποιος διαβήτης

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αφθονη αποβολή πολύ αραιωμένων ούρων που οφείλεται:

1) Σε ελαττωμένη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης από την υπόφυση (νευρογενής άποιος διαβήτης).
2) Σε μη ανταπόκριση του νεφρού στην αντιδιουρητική ορμόνη (νεφρογενής άποιος διαβήτης) και
3) Σε πολυποσία (ψυχογενής πολυδιψία).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Νευρογενής άποιος διαβήτης

Κλινικά ευρήματα
Πολυουρία (5 - 25 L), νυκτουρία, πολυδιψία (5 - 25 L).

Παρακλινικά ευρήματα
Χαμηλό ειδικό βάρος ούρων (<1005), ωσμωτική πίεση ούρων μειωμένη, ωσμωτική πίεση πλάσματος αυξημένη. Η ωσμωτική πίεση ούρων μετά από δοκιμασία πυκνώσεως ούρων δεν μεταβάλλεται. Αντιδιουρητική ορμόνη πλάσματος χαμηλή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανεξάρτητα από τα αίτια (εγχειρήσεις στον υποθάλαμο ή την υπόφυση, ιδιοπαθής, όγκοι υποθαλάμου ή υποφύσεως, κοκκιώματα, τραυματισμοί, μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες) που τον προκαλούν η ανταπόκριση στη δεσμοπρεσίνη είναι άριστη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 15%

2ο Επίπεδο

Νεφρογενής άποιος διαβήτης

Κλινικά ευρήματα
Πολυουρία (3-6 L). Πολυδιψία (3-6 L).

Παρακλινικά ευρήματα
Τα ευρήματα του νευρογενούς αποίου διαβήτη, όμως η αντιδιουρητική ορμόνη πλάσματος είναι φυσιολογική ή αυξημένη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
- Αν και η πολυουρία έχει μικρή κλινική σημασία, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος του αρνητικού ισοζυγίου ύδατος (υπερνατριαιμία), αν ο ασθενής δεν μπορεί να πάρει υγρά.
- Αν τα αίτια που τον προκαλούν είναι δυνατόν να αναχαιτισθούν οπότε και το σύνδρομο υποχωρεί,

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... >67% [1 μήνα]

- Αν όχι

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 100%

1.3.7. Σύνδρομο του κενού τουρκικού εφιππίου

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πιθανώς αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση οδηγεί σε είσοδο της αραχνοειδούς ουσίας εντός του τουρκικού εφιππίου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Συνήθως οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, σπάνια όμως παρουσιάζουν κλινικά ευρήματα υποφυσιακής ανεπάρκειας.

Παρακλινικά ευρήματα
Η αξονική τομογραφία της υποφύσεως δείχνει τη διεύρυνση του τουρκικού εφιππίου και την ύπαρξη συνήθως υγρού εντός αυτού καθώς και την παρεκτόπιση της υπόφυσης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματικές περιπτώσεις 0%
- Αν υπάρχει ελαφρά υποφυσιακή ανεπάρκεια 5-10%

1.3.8. Θυρεοειδίτιδες

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φλεγμονή του θυρεοειδούς αδένος.

Ταξινόμηση:

1. Οξεία πυώδης θυρεοειδίτιδα (μικροβιακή λοίμωξη).
2. Υποξεία θυρεοειδίτιδα de Quervain (ιογενής).
3. Χρονία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα (αυτοάνοση).
4. Χρονία ινώδης θυρεοειδίτιδα Riedel (άγνωστης αιτιολογίας).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Οξεία πυώδης θυρεοειδίτιδα

Κλινικά ευρήματα

Εντονα φλεγμονώδη τοπικά φαινόμενα, πυρετός.

Παρακλινικά ευρήματα

Λευκοκυττάρωση.
Αυξημένη ΤΚΕ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.
Με χορήγηση αντιβιοτικών.
Με διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος. Οταν η διαπύηση είναι πολύ μεγάλη λοβεκτομή. Τελικά ίαση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....80% [1-2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Υποξεία θυρεοειδίτιδα

Κλινικά ευρήματα

Πυρετός 38-40° C, επώδυνος θυρεοειδής, δυσκαταποσία.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη ΤΚΕ (>60 mm). Χαμηλή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου-131. Ελαφρά αυξημένη ή φυσιολογική T_4 ή/και T_3.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή. Με φαρμακευτική αγωγή επέρχεται ίαση το πολύ σε 2 μήνες. Αλλες φορές (τις περισσότερες) αυτοϊάται και σπάνια καταλήγει σε υποθυρεοειδισμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....67% [2 μήνες]

Διέρχεται 3 στάδια συνήθως.
α) Το υπερθυρεοειδικό
β) Το ευθυρεοειδικό και
γ) Μερικές φορές το υποθυρεοειδικό. Στην τελευταία αυτή περίπτωση:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....10% [δια βίου]

3ο Επίπεδο

Χρονία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα

Κλινικά ευρήματα

Διάχυτη σκληράς συστάσεως βρογχοκήλη. Αρχικά υπάρχουν κλινικά ευρήματα υπερθυρεοειδισμού. Τελικά υπάρχουν κλινικά ευρήματα υποθυρεοειδισμού.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου (^{131}I). Αντιθυρεοειδικά αυτοαντισώματα αυξημένα. Αρχικά φυσιολογική ή υψηλή T_4, T_3, τελικά χαμηλή T_4, T_3.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Χορηγείται δια βίου θυροξίνη.
α) Στο υπερυθυρεοειδικό στάδιο χορηγούνται β-blockers.
β) Στο υποθυρεοειδικό στάδιο χορηγείται θυροξίνη.
(ΣΗΜ: αναφέρεται η θεραπευτική αγωγή για γνώση της κλινικής πορείας)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....>67% για 2 μήνες

4ο Επίπεδο

Χρόνια ινώδης θυρεοειδίτιδα Riedel

Κλινικά ευρήματα

Πολύ σκληρή (ξυλώδους συστάσεως) και ανώμαλη βρογχοκήλη, πιεστικά ενοχλήματα στην τραχεία, παράλυση του παλινδρόμου λαρυγγικού νεύρου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια. Γίνεται εγχείρηση χωρίς πάντα να μπορεί να αφαιρεθεί όλος ο αδένας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς πιεστικά ενοχλήματα....10-20%
- Με πιεστικά ενοχλήματα....55%
- Με πιεστικά ενοχλήματα και παράλυση του παλινδρόμου λαρυγγικού νεύρου....67% και άνω

1.3.9. Υπερθυρεοειδισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αυξημένη παροχή δραστικών θυρεοειδικών ορμονών στους περιφερικούς ιστούς:

1) *Αυτοάνοση μορφή* (νόσος των Graves - Basedow): Διεγερτικές σφαιρίνες (TSI) διεγείρουν το θυρεοειδή για παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών ή και τους οφθαλμικούς μύες για εξόφθαλμο.
2) *Αυτόνομη βρογχοκήλη*: α) τοξικό αδένωμα, β) τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη.
3) *Σπάνιες μορφές*: υπερέκκριση TSH από την υπόφυση, έκτοπη παραγωγή TSH, μύλη κύηση, struma ovarii κ.λπ.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ταχυπαλμία έως 100/min, δέρμα θερμό έφυγρο, απώλεια βάρους παρά την αυξημένη όρεξη, μυϊκή αδυναμία, νευρικότητα.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη T_4 και T_3 (σπάνια μόνο T_3). Μειωμένη TSH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή.
Με αντιθυρεοειδικά φάρμακα εντός 6 εβδομάδων συνήθως υποχωρεί το σύνδρομο. Επανεξετάσεις ανά 3μηνο για πιθανή υποτροπή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 35-40% [2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ταχυπαλμία >100/min.
Εφιδρώσεις έντονες. Σύσπαση άνω βλεφάρων. Εντονη μυϊκή αδυναμία. Λεπτός τρόμος των άκρων.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη T_4 και T_3.
Μειωμένη TSH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.
Με αντιθυρεοειδικά φάρμακα εντός 3μήνου υποχωρεί το σύνδρομο. Επανεξετάσεις ανά 3μηνο για πιθανή υποτροπή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... >67% [3 μήνες]

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα ευρήματα του 2ου επιπέδου εντονότερα και συχνές κενώσεις, θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη T_4 και T_3. Μειωμένη TSH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση σχεδόν καλή, όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα ή σημεία εξοφθάλμου. Με αντιθυρεοειδικά φάρμακα υποχωρεί το σύνδρομο σε 6-24 μήνες. Εάν παραταθεί χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο (^{131}I) ή γίνεται θυρεοειδεκτομή ανάλογα με την ηλικία και το είδος της βρογχοκήλης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50% [6-24 μήνες]

1. Με σημεία αλλά όχι συμπτώματα εξοφθάλμου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50-55% [6-24 μήνες]

2. Με οίδημα βλεφάρων (γίνονται θεραπευτικές προσπάθειες με κορτιζόνη)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 55-60% [6-24 μήνες]

3. Με πρόπτωση του βολβού (θεραπευτικές προσπάθειες με κορτιζόνη ή οφθαλμολογικές επεμβάσεις)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67% [12-24 μήνες]

4. Με πάρεση οφθαλμικών μυών (αρχικώς θεραπεία με κορτιζόνη, ακτινοβολία), και, αν αποτύχουν, χειρουργική επέμβαση, κυρίως αν υπάρχει διπλωπία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 30-80% [3-24 μήνες]

5. Με κερατίτιδα ή τύφλωση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80-100%

1.3.10. Υποθυρεοειδισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ανεπάρκεια σε θυρεοειδικές ορμόνες προκαλεί γενικευμένη πτώση του μεταβολισμού και συσσώρευση γλυκοζαμινογλυκανών στο συνδετικό ιστό των οργάνων (κυρίως στο δέρμα και τους μύες) με αποτέλεσμα τη δημιουργία του μυξοιδήματος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

(Υποκλινικός υποθυρεοειδισμός). Φαινομενικά υγιής εμφάνιση, εύκολη αύξηση σωματικού βάρους.

Παρακλινικά ευρήματα

Φυσιολογική T_4. Μετρίως αυξημένη TSH. Συχνά αυξημένα αντιθυρεοειδικά αυτοαντισώματα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση αρίστη.
Καλή ανταπόκριση στη θεραπεία.
Παρακολούθηση του ασθενούς μήπως παρουσιάσει έκδηλο υποθυρεοειδισμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-5%

2ο Επίπεδο

(Σχετικά πρόσφατος υποθυρεοειδισμός με ελαφρά κλινικά και παρακλινικά ευρήματα).
Ελαφρό αίσθημα καταβολής, ελαφρά ξηρότητα δέρματος, αύξηση σωματικού βάρους, υπνηλία.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T_4, αυξημένη TSH στον πρωτογενή υποθυρεοειδισμό. Μικρή πτώση δυναμικών στο ΗΚΓ. Χαμηλή T_4, χαμηλή TSH στο δευτερογενή και τριτογενή υποθυρεοειδισμό.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση αρίστη.
Με την άμεση θεραπεία με θυροξίνη που συνεχίζεται δια βίου, τα συμπτώματα υποχωρούν σε 2-3 μήνες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ..... 55% [2-3 μήνες]

- Υποθυρεοειδισμός χωρίς βρογχοκήλη:
  Ιδιοπαθής συγγενής απλασία ή υποπλασία ..... 10% [δια βίου]
  Μετά θυρεοειδεκτομή ..... 10% [δια βίου]
  Μετά από χορήγηση ραδιενεργού ^{131}I ..... 10% [δια βίου]
  Μετά από θυρεοειδίτιδα:
  αν ίαση 0%
  αν υποθυρεοειδισμός 10%
- Υποθυρεοειδισμός με βρογχοκήλη: (πιεστικά φαινόμενα) 20%
  - υποθυρεοειδισμός υποφυσιογενής 10-20%
  - υποθυρεοειδισμός υποθαλαμικός 10-20%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως μακροχρόνιο ιστορικό υποθυρεοειδισμού: Τα κλινικά ευρήματα του 2ου επιπέδου και γενικευμένο μυξοίδημα, διαταραχές μνήμης, βραδυψυχισμός, βράγχος φωνής, βραδυσφυγμία, ψυχρό και ξηρό δέρμα, δυσκοιλιότητα.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T_4 και T_3, αυξημένη TSH. Χαμηλά δυναμικά στο ΗΚΓ, αναιμία νορμόχρωμη (σπανίως μεγαλοβλαστική).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή, μετά από θεραπεία, ανεξάρτητα από την αιτιολογία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ..... 60% [2-3 μήνες] - 10% [δια βίου]

4ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Μυξοιδηματικό κώμα, ημικωματώδης ή κωματώδης κατάσταση: Υποθερμία κάτω των 24° C. Γενικευμένο μυξοίδημα.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T_4 και T_3, αυξημένη TSH. Χαμηλά δυναμικά στο ΗΚΓ.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή μετά από θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ..... 100% [2-3 μήνες] - 10% [δια βίου]

Αν συνυπάρχει και στεφανιαία ανεπάρκεια, μυοκαρδιοπάθεια

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50-67% [δια βίου]

1.3.11. Μη τοξική βρογχοκήλη

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Βρογχοκήλη (διάχυτη ή οζώδης)

Κάποιο αίτιο (ιωδοπενία, βρογχοκηλογόνα, δυσορμονογένεση, αυτοανοσολογικοί μηχανισμοί) δυσκολεύει την ορμονοσύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών. Μπορεί να συνυπάρχει υποθυρεοειδισμός αλλά όχι υπερθυρεοειδισμός.

Βαθμοί διόγκωσης:
1α = διόγκωση 2 φορές του φυσιολογικού.
1β = διόγκωση 4 φορές του φυσιολογικού.
2 = διόγκωση ορατή όταν ο λαιμός είναι σε έκταση.
3 = διόγκωση ορατή από απόσταση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Βρογχοκήλες 1ου - 2ου βαθμού.

Παρακλινικά ευρήματα

1. T_4, T_3, TSH φυσιολογικά
2. T_4, T_3 φυσιολογικές ή μειωμένες. TSH φυσιολογική ή ελάχιστα αυξημένη, πολλές φορές αντιθυρεοειδικά αυτοαντισώματα αυξημένα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή μετά από θεραπεία (συνήθως δια βίου).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Βρογχοκήλες 3ου βαθμού.

Παρακλινικά ευρήματα

T_4, T_3 φυσιολογικές ή μειωμένες, TSH φυσιολογική ή αυξημένη, παρεκτόπιση της τραχείας (ακτινογραφία).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Ιατροκοινωνική σημασία έχουν οι πολύ μεγάλες, κυρίως ογκώδεις βρογχοκήλες, που προκαλούν πιεστικά φαινόμενα και παραμορφώνουν το λαιμό του ασθενούς. Σε αυτές μόνο τις βρογχοκήλες η θεραπεία εκλογής είναι η θυρεοειδεκτομή με καλή ανταπόκριση στη θεραπεία υποκατάστασης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

1.3.12. Ογκοι θυρεοειδούς

Α. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

α) *Καλοήθεις*: Θυλακιώδες αδένωμα
β) *Κακοήθεις*:
1. Θηλώδες αδενοκαρκίνωμα
2. Θυλακιώδες αδενοκαρκίνωμα
3. Hürthle cell καρκίνωμα (80% θυλακιώδες-20% θηλώδες)
4. Μυελοειδές
5. Αμετάπλαστο
6. Λεμφοσάρκωμα

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Λανθάνον αδενοκαρκίνωμα: Μικρού μεγέθους <1 cm χωρίς ενδοθυρεοειδικές ή εξωθυρεοειδικές μεταστάσεις.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερηχογράφημα: Συμπαγής όζος <1 cm. Σπινθηρογράφημα (scanning): Ψυχρός συνήθως όζος <1 cm. Παρακέντηση με λεπτή βελόνα: Δείχνει το καρκίνωμα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή μετά από λοβεκτομή και χορήγηση θυροξίνης δια βίου. Παρακολούθηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... >67% [1 μήνα]
.... 15% [δια βίου]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Θηλώδες αδενοκαρκίνωμα.
2. Θυλακιώδες αδενοκαρκίνωμα.
3. Hürthle cell αδενοκαρκίνωμα.
4. Μυελοειδές καρκίνωμα.
   Σαφής συνήθως ψηλάφηση όζου στο θυρεοειδή και ενίοτε διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες.

Παρακλινικά ευρήματα

Οπως του 1ου επιπέδου βαρύτητας

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. *Θηλώδες.* Σχετικά καλή πρόγνωση με 5ετή επιβίωση 90%. Προκαλεί συνήθως μεταστάσεις στον τράχηλο. Γίνεται ολική θυρεοειδεκτομή, χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο (^{131}I) και δια βίου θυροξίνη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χωρίς μεταστάσεις 20%
- Με μεταστάσεις 50-80%

2. *Θυλακιώδες.* Χειρότερη πρόγνωση από το θηλώδες. Προκαλεί αιματογενείς μεταστάσεις στους πνεύμονες και τα οστά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χωρίς μεταστάσεις 20%
- Με μεταστάσεις 80%

3. *Hürthle cell καρκίνωμα.* Χειρότερη πρόγνωση από το θυλακιώδες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χωρίς μεταστάσεις 25%
- Με μεταστάσεις 90%

4. *Μυελοειδές καρκίνωμα.* Χειρότερη πρόγνωση από τα προηγούμενα καρκινώματα. Πολλές φορές συνυπάρχει με φαιοχρωμοκύτωμα ή άλλα νοσήματα των ενδοκρινών αδένων (πολλαπλή ενδοκρινική αδενωμάτωση). Γίνεται εγχείρηση και στη συνέχεια ελέγχεται η καλσιτονίνη για την ανεύρεση μεταστάσεων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
α) Χωρίς μεταστάσεις 30%
β) Με μεταστάσεις 100%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Αμετάπλαστο καρκίνωμα, λεμφοσάρκωμα. Συνήθως μεγάλη οζώδης παραμόρφωση του λαιμού. Ταχεία ανάπτυξη.

Παρακλινικά ευρήματα

Η παρακέντηση επιβεβαιώνει το νεόπλασμα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ κακή πρόγνωση, ταχεία επέκταση τόσο τοπικά (συμπίεση της τραχείας) όσο και σε απομακρυσμένα όργανα. Γίνεται εγχείρηση ή και χημειοθεραπεία, τα αποτελέσματα όμως είναι απελπιστικά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 100%

1.3.13. Υποπαραθυρεοειδισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ελαττωμένη έκκριση παραθορμόνης προκαλεί υπασβεσταιμία με επακόλουθο κυρίως τη νευρομυϊκή διεγερσιμότητα.

Αιτιολογικοί τύποι

1. Χειρουργικός υποπαραθυρεοειδισμός: Συναφαίρεση των παραθυρεοειδών κατά την ολική θυρεοειδεκτομή.
2. Ιδιοπαθής υποπαραθυρεοειδισμός.
3. Απλασία των παραθυρεοειδών.
4. Λειτουργικός (ασθενείς με μακροχρόνια υπομαγνησιαιμία).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ελαφρά υπασβεστιαιμία. Μουδιάσματα δακτύλων, θετικό σημείο Chvostek και Trousseau, ψυχικές διαταραχές, καταβολή δυνάμεων.

Παρακλινικά ευρήματα

Ασβέστιο αίματος 7,5-8,5 mg%, υπερφωσφαταιμία, χαμηλή παραθορμόνη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή μετά από χορήγηση σκευασμάτων ασβεστίου. Συχνός έλεγχος ασβεστίου αίματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Τα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και
Τετανία: Χέρι μαιευτήρος, αίσθημα αγωνίας, ταχυκαρδίας, ταχύπνοια, πυρετός, απώλεια συνειδήσεως.

Παρακλινικά ευρήματα
Ασβέστιο αίματος <7,2 mg %.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μέχρις αποκαταστάσεως του προβλήματος 100%
- Αν επέλθει ίαση .... 0-10% [δια βίου]
- Επί μονίμου υποπαραθυρεοειδισμού .... 20% [δια βίου]

1.3.14. Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μονήρες αδένωμα (85%), πολλαπλά αδενώματα (9%), διάχυτη υπερπλασία (5%) ή καρκίνωμα (1%) των παραθυρεοειδών που υπερεκκρίνουν παραθορμόνη (PTH).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Αδυναμία, εύκολη κόπωση.

Παρακλινικά ευρήματα
Ασβέστιο αίματος μέχρι 11 mg%, λίγο αυξημένη PTH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρέπει να γίνεται παρακολούθηση μήπως ο ασθενής παρουσιάσει έκδηλο υπερπαραθυρεοειδισμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, πολυουρία (με ισοσθενουρία), πολυδιψία.

Παρακλινικά ευρήματα

Ασβέστιο αίματος 11-15 mg%, υπερασβεστιουρία, υποφωσφαταιμία, υπερφωσφατουρία, αύξηση του νεφρογενούς c-AMP, αύξηση της παραθορμόνης αίματος, οστεοπόρωση (με αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης αίματος και υδροξυπρολίνης ούρων), ινώδης οστεΐτιδα (νόσος του Recklinghausen), νεφρολιθίαση. Το αφαιρετικό scanning με $^{201}Tl/^{99}Tc$ μερικές φορές δείχνει το αδένωμα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Α) Πριν την εγχείρηση

1. Επί βιοχημικού υπερπαραθυρεοειδισμού (ασβέστιο αίματος <15 mg%) ασήμαντος υπερπαραθυρεοειδισμός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2. Αν ασβέστιο αίματος >15mg%

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 60-100%

Β) Μετά την εγχείρηση

1. Αν πρόκειται για μονήρες αδένωμα που αφαιρέθηκε η πρόγνωση είναι πολύ καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... >67% [2 μήνες]

2. Επί πολλαπλών αδενωμάτων μετά την εγχείρηση οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται μέχρι 10 χρόνια για πιθανή υποτροπή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... >67% [2 μήνες] - 30% [10 χρόνια]

3. Επί καρκινώματος χωρίς μεταστάσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50% [10 χρόνια]

4. Επί καρκινώματος με μεταστάσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 100% [δια βίου]

1.3.15. Φαιοχρωμοκυτώματα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ογκοι που παράγουν κατεχολαμίνες και προκαλούν υπέρταση. Σπάνια παράγουν μόνο αδρεναλίνη και προκαλούν υπόταση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Μόνιμη ή κατά παροξυσμούς υπέρταση, κεφαλαλγία, εφιδρώσεις, αίσθημα παλμών, ωχρότητα προσώπου, ναυτία, τρόμος.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένο VMA ούρων 24ώρου. Αυξημένη νορεπινεφρίνη και επινεφρίνη ούρων και αίματος.
Πολλές φορές η αξονική τομογραφία κοιλίας δείχνει τον/τους όγκους. Το scanning με 131-MIBG μπορεί να δείξει τον/τους όγκους.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. Αν ο όγκος αφαιρεθεί, η πίεση υποχωρήσει και ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός, η πρόγνωση είναι πολύ καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.... προσωρινή ανικανότητα >67% [3 μήνες]

2. Αν ο όγκος αφαιρεθεί, η πίεση δεν υποχωρήσει και υπάρχουν συμπτώματα από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, αυτό σημαίνει υπολειπόμενη νόσο και επιχειρείται δεύτερη εγχείρηση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >67% [1 χρόνο]

3. Αν ο όγκος αφαιρεθεί, η πίεση επιμένει χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, τότε σημαίνει ότι υπάρχει και άλλος λόγος υπερτάσεως εκτός του φαιοχρωμοκυτώματος (π.χ. ιδιοπαθής υπέρταση) (βλ. κεφ. υπέρταση).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >67% [3 μήνες]

1.3.16. Επινεφριδιογεννητικό σύνδρομο - Ογκοι επινεφριδίων

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερέκκριση ανδρογόνων από υπερπλασία ή νεόπλασμα των επινεφριδίων. Στη συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων (ΣΥΕ) υπάρχει μερική ή ολική έλλειψη της 21-υδροξυλάσης ή 11 β-υδροξυλάσης.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Υπερπλασία των επινεφριδίων με μερική έλλειψη της 21-υδροξυλάσης

Κλινικά ευρήματα

Υπερτρίχωση στα κορίτσια.

Παρακλινικά ευρήματα

Φυσιολογική κροτιζόλη ορού. Αυξημένα ανδρογόνα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή. Θεραπευτική αγωγή δια βίου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..20%

2ο Επίπεδο

ΣΥΕ με ολική έλλειψη της 21-υδροξυλάσης

Κλινικά ευρήματα

Στα αγόρια: Πρόωρη ήβη, ατροφικοί όρχεις, χαμηλό ανάστημα.
Στα κορίτσια: Θήλυς ψευδοερμαφροδιτισμός, διόγκωση κλειτορίδας, κλειστά χείλη αιδοίου.

Παρακλινικά ευρήματα

Ελάττωση της κορτιζόλης στο αίμα, αύξηση της 17-υδροξυπρογεστερόνης, της ανδροστερόνης και ανδροστενδιόνης στο πλάσμα, αύξηση της πρεγναντριόλης στα ούρα που μειώνεται με τη χορήγηση δεξαμεθαζόνης.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία δια βίου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..20-55%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Τα του 2ου επιπέδου βαρύτητας, και υπέρταση σταθερά.

Παρακλινικά ευρήματα
Τα του 2ου επιπέδου βαρύτητας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση καλή μετά από θεραπεία δια βίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........25-60%

4ο Επίπεδο

Καλοήθη αδενώματα που παράγουν ανδρογόνα

Κλινικά ευρήματα
Στους άνδρες: Ατροφία των όρχεων.
Στις γυναίκες: Αρρενοποίηση, αμηνόρροια, ατροφία των μαστών.

Παρακλινικά ευρήματα
Αύξηση της τετοστερόνης αίματος, αυξημένα 17-κετοστεροειδή στα ούρα, που δεν αναστέλλονται μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόνης. Η αξονική τομογραφία των επινεφριδίων δείχνει το αδένωμα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή μετά την αφαίρεση του αδενώματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ... Προσωρινή ανικανότητα >67% [3 μήνες]

Μετεγχειρητικά με ενισχυτική θεραπεία ή θεραπεία υποκαταστάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........35% [δια βίου]

5ο Επίπεδο

Καρκίνωμα επινεφριδίων που παράγει ανδρογόνα

Κλινικά ευρήματα

Τα του 4ου επιπέδου βαρύτητας και: απώλεια βάρους, αδυναμία, καχεξία.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του 4ου επιπέδου βαρύτητας και: Η αξονική τομογραφία των οργάνων και των επινεφριδίων δείχνει το καρκίνωμα και τις μεταστάσεις.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση πολύ κακή επειδή η διάγνωση γίνεται αφού έχουν δημιουργηθεί μεταστάσεις, στους πνεύμονες, ήπαρ, οπισθο-περιτόναιο κ.ά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........100%

1.3.17. Πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερέκκριση αλδοστερόνης από αδένωμα (συνήθως) ή από αμφοτερόπλευρη υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Υπέρταση. Αίσθημα μυϊκής αδυναμίας. Πολυουρία. Πολυδιψία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υποκαλιαιμία. Αύξηση της αλδοστερόνης ορού και ούρων, μείωση της ρενίνης πλάσματος.
Η αξονική τομογραφία δείχνει συνήθως το ετερόπλευρο αδένωμα ή την υπερπλασία των επινεφριδίων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1) Η πρόγνωση είναι πολύ καλή αν διαπιστωθεί αδένωμα και γίνει ετερόπλευρη επινεφριδιεκτομή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >67% [3 μήνες]
........20% [δια βίου]

2) Αν διαπιστωθεί αμφοτερόπλευρη υπερπλασία των επινεφριδίων χορηγείται θεραπεία δια βίου με πολύ καλά αποτελέσματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........30%

1.3.18. Χρόνια φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια (νόσος του Addison)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μειωμένη παραγωγή κορτικοειδών από τα επινεφρίδια. Τα συνηθέστερα αίτια είναι: Η ιδιοπαθής αυτοανοσολογική ατροφία

του φλοιού των επινεφριδίων και η φυματίωση των επινεφριδίων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Απώλεια βάρους, καταβολή, ανορεξία, μελάγχρωση δέρματος, υπόταση.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπονατριαιμία, υπερκαλιαιμία, αναιμία, λευκοπενία, ηωσινοφιλία, κορτιζόλη ορού και ούρων χαμηλή που δεν αυξάνει μετά από χορήγηση ACTH.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή, μετά από θεραπευτική ρύθμιση της νόσου δια βίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .....προσωρινή ανικανότητα >67% [2 μήνες]

Προσοχή χρειάζεται σε κάθε κακουχία (λοίμωξη, εγχείρηση, τραυματισμό) οπότε ο ασθενής πρέπει να επαναπροσαρμόσει τη θεραπεία (οξεία φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια=αδδισωνική κρίση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .....προσωρινή ανικανότητα >80% [2 μήνες]

Το ποσοστό της ανικανότητας μετά τη ρύθμιση της νόσου θα εξαρτηθεί κυρίως από το είδος της εργασίας του ασθενούς:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η εργασία είναι πνευματική ή ελαφρά σωματική 20-40%
- Αν η εργασία είναι βαριά σωματική.......................... > 55%

1.3.19. Σύνδρομο Cushing

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η χρονία αύξηση των γλυκοκορτικοειδών στο αίμα προκαλεί σύνολο συμπτωμάτων και σημείων γνωστών ως σύνδρομο Cushing. Τα αίτια που το προκαλούν είναι:

1. Η χρόνια λήψη γλυκοκορτικοειδών ή ACTH (ιατρογενές Cushing).
2. Το αδένωμα της υπόφυσης (νόσος του Cushing)
3. Το αδένωμα των επινεφριδίων.
4. Το καρκίνωμα των επινεφριδίων.
5. Η έκτοπη παραγωγή ACTH.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ιατρογενές Cushing

Κλινικά ευρήματα

Πανσεληνοειδές προσωπείο, παχυσαρκία, κεντρικές ερυθροκύανες ραβδώσεις, υπερτρίχωση, υπέρχρωση δέρματος, μυϊκή αδυναμία, ιστορικό μακροχρόνιας λήψεως γλυκοκορτικοειδών ή ACTH.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση της κορτιζόλης, ελάττωση της ACTH, υποκαλιαιμία, παθολογική ανοχή γλυκόζης ή σακχαρώδης διαβήτης.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. Η πρόγνωση είναι αρίστη αν είναι δυνατόν να διακοπεί η θεραπεία με τα γλυκοκορτικοειδή ή την ACTH.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...........................Προσωρινή ανικανότητα >67% ....και μέχρις αποκαταστάσεως

2. Αν δεν είναι δυνατόν να διακοπούν τα γλυκοκορτικοειδή, είναι όμως δυνατό να μειωθούν οι δόσεις συντήρησης ώστε να μην υπάρχουν οι κλινικές εκδηλώσεις και η υπέρταση ή η υποκαλιαιμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .. Προσωρινή ανικανότητα >67% [3 μήνες] ....και 30% όσο εξακολουθεί η θεραπεία

3. Αν δεν είναι δυνατόν να διακοπεί η θεραπεία, τότε ανάλογα με το βαθμό της υπέρτασης, της υποκαλιαιμίας ή της σακχαραιμίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...........................60 - 80%

2ο Επίπεδο

Αδένωμα της υπόφυσης (νόσος του Cushing) (βλ. 1.3.2)

3ο Επίπεδο

Αδένωμα επινεφριδίων

Κλινικά ευρήματα

Τα των προηγούμενων επιπέδων βαρύτητας αλλά συνήθως απουσιάζουν η υπέρχρωση του δέρματος και η υπερτρίχωση.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση της κορτιζόλης, μεγάλη μείωση της ACTH, μη αναστολή της κορτιζόλης με μεγάλες δόσεις δεξαμεθαζόνης.
Η αξονική τομογραφία των επινεφριδίων δείχνει το αδένωμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Η πρόγνωση μετά από ετερόπλευρη επινεφριδεκτομή είναι πολύ καλή .... >67% [3 μήνες]
- Μέχρι να αναλάβει το άλλο επινεφρίδιο γίνεται θεραπεία υποκατάστασης .... 30% [1 χρόνο]
- Εν συνεχεία .... 20% [δια βίου]

1.3.20. Ενδοκρινικοί όγκοι του γαστρεντερικού συστήματος (Apudomas)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνονται σε ορθοενδοκρινικούς όγκους (εκκρίνουν τη φυσιολογική ορμόνη των κυττάρων του όγκου) και σε παραενδοκρινικούς (εκκρίνουν ορμόνες που φυσιολογικά παράγονται σε διαφορετικά κύτταρα).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ινσουλίνωμα: 90% καλόηθες. Υπογλυκαιμικές κρίσεις.

Παρακλινικά ευρήματα

Σάκχαρο αίματος <50 mg%. Μετά από νηστεία φυσιολογική ινσουλίνη αίματος όταν το σάκχαρο αίματος είναι <40 mg%. Η αξονική τομογραφία δείχνει τον όγκο συνήθως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η εγχείρηση αποβεί επιτυχής .... >67% [3 μήνες]
  .... 30% [δια βίου]
- Αν ο όγκος δεν μπορεί να αφαιρεθεί, χορηγείται διαζοξίδη που έχει σοβαρές παρενέργειες 90-100%

2ο Επίπεδο

- ***Γλυκαγόνωμα: 60% κακόηθες***

Κλινικά ευρήματα

Μεταναστευτικό νεκρωτικό ερύθημα του δέρματος, στοματίτιδα, διάρροια, απώλεια βάρους.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση του γλυκαγόνου αίματος. Αύξηση της ινσουλίνης. Αξονική τομογραφία δείχνει τον όγκο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν είναι καλόηθες και η εγχείρηση αποβεί επιτυχής
  .... >67% [3 μήνες]
  .... 40% [δια βίου]
- Αν είναι κακόηθες γίνεται προσπάθεια ανακούφισης από τα συμπτώματα (με σωματοστατίνη) 90-100%

- ***Σωματοστατίνωμα: 60% κακόηθες***

Κλινικά ευρήματα

Στεατόρροια, δυσπεψία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπεργλυκαιμία, χολολιθίαση, υποχλωρυδρία, αναιμία. Υψηλή σωματοστατίνη αίματος. Χαμηλή ινσουλίνη αίματος. Χαμηλό γλυκαγόνο αίματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν είναι καλόηθες και αφαιρεθεί επιτυχώς .... >67% [5 μήνες]
  .... 30% [δια βίου]
- Αν είναι κακόηθες και ανεγχείρητο 100%

- ***Βίπωμα (σύνδρομο Verner-Morrison ή "παγκρεατική χολέρα")***

Κλινικά ευρήματα

Αφθονες υδαρείς κενώσεις σε χρώμα τσαγιού, αδυναμία, λήθαργος, αρρυθμία, ερύθημα προσώπου.

Παρακλινικά ευρήματα

Υποχλωρυδρία, υποκαλιαιμία, αυξημένη VIP στο αίμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν είναι καλόηθες και η εγχείρηση επιτυχής .... >67% [3 μήνες]
  .... 30% δια βίου

2) Αν είναι κακόηθες και ανεγχείρητο 100%

3ο Επίπεδο

- ***Γαστρίνωμα του παγκρέατος (σύνδρομο Zollinger-Ellison) >60% κακόηθες***

Κλινικά ευρήματα

Συμπτώματα πεπτικού έλκους, διάρροια.

Παρακλινικά ευρήματα

Γαστρίνη αίματος >100 pg/ml, εξελκώσεις σε μη τυπικές περιοχές του στομάχου (γαστροσκόπηση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους αφαιρέσεως του όγκου (βλ. χειρουργικές παθήσεις)
- Επί στελεχιαίας εκλεκτικής λοβοτομής με ακόλουθη χορήγηση H_2-αναστολέων 50%
- Επί ανεγχείρητου καρκινώματος 100%

1.3.21. Σύνδρομα πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας (MEN: Multiple Endocrine Neoplasia)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ανάπτυξη νεοπλασμάτων από κύτταρα του συστήματος APUD (Amine Precursor Uptake Decarboxylation) σε διάφορους ενδοκρινείς αδένες στο ίδιο άτομο. Κληρονομείται σαν επικρατών χαρακτήρας. Υπάρχουν δύο κυρίως τύποι: 1) Η MEN I: Με νεοπλάσματα στους παραθυρεοειδείς, το πάγκρεας, και την υπόφυση. 2) Η MEN II: Με μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς, φαιοχρωμοκύτωμα, υπερπλασία των παραθυρεοειδών και η παραλλαγή της προηγούμενης, η MEN IIβ: Οπως η MEN II αλλά υπάρχει μαρφανοειδής εμφάνιση των ασθενών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

- ***Πολλαπλή Ενδοκρινική Νεοπλασία Τύπου Ι***

Κλινικά ευρήματα

Τα του υπερπαραθυρεοειδισμού.

Τα του υπερινσουλινισμού (υπογλυκαιμίας).
Της υπερλειτουργίας της υποφύσεως (μεγαλακρία, νόσος του Cushing, αμηνόρροια, γαλακτόρροια).
Τα του συνδρόμου Zollinger-Ellison.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερασβεστιαιμία ή/και νεφρολιθίαση. Πολλαπλά έλκη στομάχου. Αύξηση των αντιστοίχων υποφυσιακών ορμονών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η αφαίρεση των τριών όγκων (παραθυρεοειδών, παγκρέατος και υποφύσεως) είναι επιτυχής 50%
- Αν δεν είναι επιτυχής 70-90%
- Σε περίπτωση μεταστάσεων από κακοήθεις όγκους των αδένων 100%

2ο Επίπεδο

- ***Πολλαπλή Ενδοκρινική Νεοπλασία Τύπου ΙΙ***

Κλινικά ευρήματα

Τα του μυελοειδούς καρκινώματος του θυρεοειδούς. Τα του φαιοχρωμοκυτώματος. Τα του υπερπαραθυρεοειδισμού (βλ. αντίστοιχα νοσήματα).

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του μυελοειδούς καρκινώματος. Τα του φαιοχρωμοκυτώματος. Τα του υπερπαραθυρεοειδισμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Λόγω της πολυπλοκότητας του συνδρόμου και της αβεβαίας εκβάσεως της θεραπείας 90-100%

(Αν πρόκειται για την παραλλαγή της MEN II, δηλ. τη MEN IIβ, σπάνια υπάρχει υπερπαραθυρεοειδισμός). Η τελευταία είναι ίδια όπως και η MEN II αλλά οι ασθενείς παρουσιάζουν μαρφανοειδή εμφάνιση (μακρά άκρα, αραχνοδακτυλία, υψηλή υπερώα).

1.4. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.4.1. Περιοριστικά σύνδρομα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Με το γενικό όρο "περιοριστικό σύνδρομο" εννοούμε κάθε κατάσταση που έχει αποτέλεσμα τη μείωση της χωρητικότητας των πνευμόνων και εκφράζεται κύρια με τη μείωση της Ζωτικής Χωρητικότητας. Τέτοιες καταστάσεις δημιουργούνται από παθήσεις όχι μόνο των πνευμόνων (εκτομές, πνευμονική ίνωση κ.λπ.), αλλά και του σκελετού (κύφωση - σκολίωση ΣΣ - παραμορφώσεις του θώρακος), των θωρακικών μυών, νευρολογικές κ.λπ.

Τα κύρια συμπτώματα είναι η δύσπνοια και τα εκ της υποκειμένης παθήσεως. Η αναπηρία που προκαλείται θα εκτιμηθεί με βάση την υποκειμένη πάθηση αλλά θα πρέπει να προστεθεί ένα ποσοστό αυτοτελές που αφορά τη μείωση της Ζωτικής Χωρητικότητας. Ετσι, για παράδειγμα, σε μία εκτομή λόγω Ca πνεύμονος (τμηματεκτομή ή λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή) θα πρέπει να προστεθεί το ποσοστό αναπηρίας από το Ca και το ποσοστό αναπηρίας από το περιοριστικό σύνδρομο που κατέλειπε η εγχείρηση, με βάση τη ΖΧ.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ηπιο περιοριστικό σύνδρομο

Παρακλινικά ευρήματα

FVC/FVC pred 0,8-0,6

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με την υποκειμένη κατάσταση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-10%

2ο Επίπεδο

Μέτριο περιοριστικό σύνδρομο

Παρακλινικά ευρήματα

FVC/FVC pred 0,6-0,5

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με την υποκειμένη κατάσταση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................20-40% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Σοβαρό περιοριστικό σύνδρομο

Παρακλινικά ευρήματα

FVC/FVC pred <0,5

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αναπηρία είναι σοβαρή και ανεξάρτητα από την υποκείμενη πάθηση δικαιολογεί συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50% και άνω [2 χρόνια και άνω]

1.4.2. Πνευμονική ίνωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι πνεύμονες αντιδρούν στα χρόνια βλαπτικά ερεθίσματα με την ανάπτυξη διαμέσου ινώσεως. Επομένως, εκτός της ιδιοπαθούς πνευμονικής ινώσεως, διάφοροι νόσοι ή καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη δευτεροπαθούς πνευμονικής ινώσεως. Τέτοιες είναι: κολλαγονώσεις, σαρκοείδωση, πνευμονοκονιάσεις, φυματίωση, μετακτινική πνευμονίτιδα, πνευμονική αιμοσιδήρωση, κυψελιδική πρωτεΐνωση, ιστιοκύτωση-Χ κ.ά.

Κύριο σύμπτωμα η δύσπνοια συνοδευομένη από βήχα και απόχρεμψη. Συχνό εύρημα είναι η πληκτροδακτυλία. Η νόσος είναι δυνατόν να εξελιχθεί σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Η αναπηρία είναι συνάρτηση της υποκειμένης παθήσεως και του δημιουργηθέντος αποφρακτικού ή περιοριστικού συνδρόμου ή, ενδεχομένως, της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη πνευμονική ίνωση

Συμπτώματα

Ελαφρά δύσπνοια στην κόπωση.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Χωρίς αξιόλογα ευρήματα.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Επίταση της βρογχαγγειακής σκιαγραφήσεως, πιθανόν μικροοζώδης διάστιξη.
Σπιρομέτρηση: Ελαφρού βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών. Αέρια αίματος: Εντός των φυσιολογικών ορίων.
Λοιπά εργαστηριακά: Ανάλογα με την υποκειμένη πάθηση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με την υποκειμένη πάθηση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-10%

2ο Επίπεδο

Μέτρια πνευμονική ίνωση

Συμπτώματα

Μέτρια δύσπνοια κύρια στην κόπωση. Βήχας - βλεννώδης απόχρεμψη.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Πιθανόν επιπρόσθετοι ρόγχοι, μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος (ΑΨ).

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Η επίταση της βρογχαγγειακής σκιαγραφήσεως και η οζώδης διάστιξη γίνονται σαφέστερες ενώ εμφανίζονται μικροδιαυγάσεις.
Σπιρομέτρηση: Μετρίου έως σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών μικτού τύπου.
Ελάττωση της διατασιμότητας και της διαχυτικής ικανότητας.
Αέρια αίματος: Υποξαιμία.
Λοιπά εργαστηριακά: Ανάλογα με την υποκειμένη πάθηση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν αναμένεται βελτίωση αλλά αντίθετα επιβάρυνση σε χρονικό διάστημα ποικίλο αλλά το οποίο μπορεί να προβλεφθεί από την προηγούμενη πορεία της νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................25-50% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού πνευμονική ίνωση

Συμπτώματα

Σοβαρή δύσπνοια. Βήχας, βλεννώδης απόχρεμψη. Πληκτροδακτυλία.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Μείωση ΑΨ, επιπρόσθετοι ήχοι.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Οι κυστικοί σχηματισμοί γίνονται λίαν εμφανείς και σε ακραίες περιπτώσεις ο πνεύμων παίρνει τη μορφή μελικηρήθρας.
Σπιρομέτρηση: Σοβαρού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Σοβαρά ελάττωση της διατασιμότητας και της διαχυτικής ικανότητας.
Αέρια σώματος: Σοβαρή υποξαιμία χωρίς υπερκαπνία (εκτός τελικού σταδίου).
Λοιπά εργαστηριακά: Ανάλογα με την υποκειμένη πάθηση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Υπάρχει ήδη εγκατεστημένη αναπνευστική ανεπάρκεια κάποιου βαθμού και πιθανόν επιβάρυνση της δεξιάς καρδίας συνεπεία πνευμονικής υπερτάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67-80% [2 χρόνια]

1.4.3. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από χρόνια απόφραξη των αεραγωγών. Τα κύρια συμπτώματα είναι η δύσπνοια, ο βήχας και η απόχρεμψη. Διακρίνεται σε ΧΑΠ τύπου Ι (υπεροχή πνευμονικού εμφυσήματος) και τύπου ΙΙ (υπεροχή χρονίας βρογχίτιδας). Απαντούν με προεξάρχοντα τα συμπτώματα του ενός ή του άλλου ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής τους.

1. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ (ΠΕ)

Κατά το πνευμονικό εμφύσημα παρατηρείται διάταση ή και καταστροφή των χώρων πέραν των τελικών βρογχιολίων ενώ οι μεγαλύτεροι αεραγωγοί παρουσιάζουν μαλάκυνση του τοιχώμα-

τός τους. Το αποτέλεσμα είναι ότι μειώνεται σημαντικά η επιφάνεια στην οποία γίνεται η ανταλλαγή των αερίων ενώ η μαλακοί βρόγχοι συμπιέζονται και κλείνουν εύκολα. Το κύριο σύμπτωμα είναι η δύσπνοια. Συνήθως εμφανίζεται μετά το 50ό έτος ηλικίας.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ηπιο ή αρχόμενο ΠΕ

Συμπτώματα

Ελαφρά δύσπνοια στην κόπωση. Δύναται να βαδίσει έως 1500 μέτρα με κανονικό βήμα.

Κλινικά ευρήματα

Ακροαστικώς: Ελαφρά μείωση του ΑΨ, παράταση εκπνοής. Επίκρουση: Ηχος σαφής πνευμονικός.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Υπερδιαφάνεια πνευμονικού παρεγχύματος.
Σπιρομέτρηση: FEV_1/FVC: 0,70-0,60, FEV_1/FEV_{1pr}: 0,70-0,60, $FEF_{25-75}/FEF_{25-75pr}$: 0,60-0,50.
Αέρια αίματος: ΕΦΟ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το πνευμονικό εμφύσημα δεν θεραπεύεται. Η εξέλιξη όμως επιβραδύνεται με την κατάλληλη θεραπεία και εφόσον αρθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες (π.χ. κάπνισμα).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........5-10%

2ο Επίπεδο

Μετρίου βαθμού ΠΕ

Συμπτώματα

Δύσπνοια στην κόπωση. Δύναται να βαδίσει με κανονικό βήμα έως 300 μέτρα ή περισσότερο με το δικό του όμως βήμα.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Σαφής μείωση ΑΨ.
Παράταση εκπνοής, λεπτοί ρόγχοι.
Επίκρουση: Υπερσαφής πνευμονικός ήχος.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Υπερδιαφάνεια του πνευμονικού παρεγχύματος.
Οριζοντίωση πλευρών - κατάσπαση διαφράγματος.
Σπιρομέτρηση: FEV_1/FVC: 0,60-0,50, FEV_1/FEV_{1pr}: 0,60-0,50, $FEF_{25-75}/FEF_{25-75pr}$: 0,50-0,40.
Αέρια αίματος: ΕΦΟ σε ηρεμία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος είναι πλέον εμφανής. Ωστόσο ο πάσχων είναι ακόμη ικανός προς εργασία υπό την προϋπόθεση ότι δεν είναι ιδιαίτερα κοπιαστική ή το περιβάλλον ιδιαίτερα επιβαρημένο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........20-40% 1 ή 2 χρόνια.

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού ΠΕ

Συμπτώματα

Σοβαρή δύσπνοια στην κόπωση. Χαρακτηριστικός τρόπος αναπνοής. Δύναται να βαδίσει μέχρι 100 μέτρα ή να ανέβει 8 σκαλοπάτια.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Μεγάλη μείωση ΑΨ. Παράταση εκπνοής - επιπρόσθετοι ήχοι. Επίκρουση: Τυμπανικός ήχος.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Υπερδιαφάνεια του πνευμονικού παρεγχύματος - οριζοντίωση πλευρών - κατάσπαση διαφράγματος - επιμήκυνση καρδιακής σκιάς.
Σπιρομέτρηση: FEV_1/FVC: <0,40, FEV_1/FEV_{1pr}: <0,40, $FEF_{25-75}/FEF_{25-75pr}$: <0,40.
Αέρια αίματος: Ελαφρές διαταραχές ηρεμίας, κυρίως υποξαιμία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν υπάρχει περίπτωση βελτιώσεως. Αργά ή γρήγορα η κατάσταση θα επιβαρυνθεί. Ικανός για ελαφρές μόνο εργασίες, με περιορισμένο ωράριο. Ακατάλληλος για κοπιαστικές ή με ιδιαίτερα επιβαρημένο περιβάλλον.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-70% [2 χρόνια]

2. ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ (ΧΒ)

Κύριο χαρακτηριστικό η μόνιμη φλεγμονή του βλεννογόνου των βρόγχων και η μεγέθυνση των αδένων που προκαλούν βρογχοστένωση και υπερέκκριση βλέννης. Κύρια συμπτώματα ο βήχας, η δύσπνοια και η άφθονη απόχρεμψη. Συχνές οι αναπνευστικές λοιμώξεις που επιδεινώνουν την κατάσταση. Αποδίδεται κύρια στην καπνιστική συνήθεια, τη ρύπανση της ατμόσφαιρας, λοιμώξεις και σε επαγγελματικούς παράγοντες (βλ. επαγγελματικά νοσήματα).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ηπια ΧΒ

Συμπτώματα:

Βήχας και απόχρεμψη κυρίως κατά τις πρωινές ώρες. Συχνά κρυολογήματα τους χειμερινούς μήνες.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Τραχύτητα ΑΨ. Επίκρουση: κ.φ.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.
Σπιρομέτρηση: FEV_1/FVC: 0,70-0,60, FEV_1/FEV_{1pr}: 0,70-0,60, $FEF_{25\text{-}75}/FEF_{25\text{-}75pr}$: 0,60-0,50.
Αέρια αίματος: ΕΦΟ

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Με τη διακοπή του καπνίσματος και την κατάλληλη αγωγή η κατάσταση βελτιώνεται και ενδεχομένως θεραπεύεται.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................5-10%

2ο Επίπεδο

Μετρίου βαθμού ΧΒ

Συμπτώματα

Βήχας και απόχρεμψη κατά τις πρωινές ώρες και παροξυσμικά σε οποιαδήποτε ώρα. Δύσπνοια στην κόπωση. Συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις - συχνές απουσίες από την εργασία.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Ξηροί ρόγχοι άμφω, παράταση εκπνοής.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Επίταση της βρογχαγγειακής σκιαγραφήσεως.
Σπιρομέτρηση: FEV_1/FVC: 0,60-0,50, FEV_1/FEV_{1pr}: 0,60-0,50, $FEF_{25\text{-}75}/FEF_{25\text{-}75pr}$: 0,50-0,40.
Αέρια αίματος σε ηρεμία: ΕΦΟ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η βελτίωση είναι μάλλον απίθανη αλλά η νόσος μπορεί να σταθεροποιηθεί με την κατάλληλη αγωγή και τη διακοπή του καπνίσματος. Δεν δικαιολογείται αυτοτελώς συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................20-40% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού ΧΒ

Συμπτώματα

Βήχας, δύσπνοια και απόχρεμψη - ενίοτε πυώδης - υπάρχουν πάντοτε. Οι παροξύνσεις είναι ακόμη πιο συχνές και υποχωρούν δύσκολα.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Διάσπαρτοι ξηροί αλλά και υγροί ρόγχοι. Παράταση εκπνοής.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Επίταση της βρογχαγγειακής σκιαγραφήσεως. Συχνά υπάρχει μικροκηλιδώδης διάστιξη παρόμοια εκείνης των πνευμονοκονιάσεων.
Σπιρομέτρηση: Η συνεργασία συχνά δυσχεραίνεται από τη δύσπνοια και το βήχα. FEV_1/FVC: <0,40, FEV_1/FEV_{1pr}: <0,40, $FEF_{25\text{-}75}/FEF_{25\text{-}75pr}$: <0,40.
Αέρια αίματος: Ελαφρές προς μέτριες διαταραχές αερίων (υποξαιμία - υπερκαπνία).
Γεν. αίματος: Αυξημένος αιματοκρίτης.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν αναμένεται βελτίωση όποια μέτρα κι αν ληφθούν. Η ικανότητα για εργασία είναι περιορισμένη ιδιαίτερα αν πρόκειται για

κοπιαστική εργασία. Επιβαρημένο ή κονιορτοβριθές περιβάλλον θα πρέπει να αποκλεισθούν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................................50-70% [2 χρόνια]

[Οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες μετά το 3ο επίπεδο βαρύτητας μπορούν να εξελιχθούν περαιτέρω σε χρονία πνευμονική καρδία και αναπνευστική ανεπάρκεια (βλ. κατωτέρω οικείο κεφάλαιο). Ακόμη, εκτός από τις ανωτέρω μνημονευθείσες εξετάσεις είναι δυνατόν να ζητηθεί περαιτέρω έλεγχος εφ' όσον υπάρχει ευχέρεια ή αν κριθεί απαραίτητο. Τέλος, τα προτεινόμενα ποσοστά αναπηρίας είναι δυνατό να τροποποιηθούν κύρια σε σχέση με το επάγγελμα και την ηλικία κατά την κρίση της επιτροπής].

1.4.4. Σαρκοείδωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αγνωστης αιτιολογίας πολυσυστηματική κοκκιωματώδης νόσος προσβάλλουσα κυρίως νέα άτομα (20-40 ετών) και εντοπίζεται συνήθως στους λεφαδένες, πνεύμονες, δέρμα, οφθαλμούς, ήπαρ, σπλήνα, οστά, νεφρούς, σιελογόνους αδένες (παρωτίδες), καρδιά και νευρικό σύστημα.

Η διάγνωση γίνεται με: α) ανοικτή βιοψία πνεύμονος, β) διαβρογχική βιοψία και γ) μεσοθωρακοσκοπική βιοψία λεμφαδένων.

Η αντίδραση Kveim δεν χρησιμοποιείται ευρέως στην Ελλάδα.

Εργαστηριακές εξετάσεις ενδεικτικές του ενεργού της νόσου είναι:

1) Η αύξηση του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης Ι στον ορό (SACE).
2) Θετικό σπινθηρογράφημα πνευμόνων με γάλλιο-67.
3) Υπερασβεστιαιμία και υπερασβεστιουρία.
4) Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ενδεικτικό για κυψελιδίτιδα.

Οι εξωπνευμονικές εντοπίσεις σαρκοείδωσης εκτιμώνται από τον ειδικό ανάλογα με το βαθμό λειτουργικής έκπτωσης του οργάνου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

ΣΤΑΔΙΑ 0 ΚΑΙ Ι

- Στο στάδιο 0 έχουμε φυσιολογική α/α θώρακος, αλλά ορατή αδενοπάθεια στην αξονική τομογραφία θώρακος.
- Στο στάδιο Ι υπάρχει αμφοτερόπλευρη πυλαία αδενίτιδα. Ο ασθενής συνήθως σ' αυτά τα στάδια δια ουδέν αιτιάται (80%) και αποτελεί τυχαίο ακτινολογικό εύρημα. Μερικές φορές συνυπάρχουν οζώδες ερύθημα, αρθραλγίες, εύκολη κόπωση, πυρετός, ξηρός βήχας ή δύσπνοια κυρίως μετά από κόπωση.

Ακροαστικώς: ΑΨ = κ.φ.

Α/α θώρακος: κ.φ. ή αμφοτερόπλευρη πυλαία αδενίτιδα, σπανίως ετερόπλευρη με αποτιτανώσεις δίκην κελύφους αυγού.

Λειτουργικός έλεγχος: κ.φ. ή
- ελαφρά υποξαιμία από τα αέρια αίματος
- ελαφρά μείωση της διαχυτικής ικανότητας των πνευμόνων λόγω μικρής συμμετοχής του πνευμονικού παρεγχύματος
- μείωση των σπιρομετρικών τιμών αποφρακτικού τύπου σπανίως λόγω πιέσεως των βρόγχων από λεμφαδένες.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αρίστη. 80% των ασθενών ιώνται αυτομάτως εντός του πρώτου έτους από της διαγνώσεως, ένα 10% κατά το δεύτερο έτος και μόνο το 10% χρήζει θεραπευτικής αγωγής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......................................5-10%

2ο Επίπεδο

ΣΤΑΔΙΑ ΙΙ ΚΑΙ ΙΙΙ

- Στο στάδιο ΙΙ υπάρχει αμφοτερόπλευρη πυλαία αδενίτιδα με πνευμονικές διηθήσεις ενώ στο στάδιο ΙΙΙ έχουμε πνευμονικές διηθήσεις χωρίς πυλαία αδενίτιδα.

Τα κλινικά ευρήματα είναι ως επί των σταδίων 0 και Ι με πλέον έντονη τη δύσπνοια.

Ακροαστικώς: ΑΨ = κ.φ. ή ελαφρά μείωση του ΑΨ.

Α/α θώρακος: Η επέκταση στο πνευμονικό παρέγχυμα γίνεται σιγά-σιγά ορατή με σταδιακή υποχώρηση της πυλαίας αδενίτιδας. 1ου προς 2ου επιπέδου βαρύτητας πνευμονική ίνωση.

Λειτουργικός έλεγχος: Περιοριστικό σύνδρομο 1ου και 2ου επιπέδου βαρύτητας.
Πτώση pO_2 κυρίως στην κόπωση.
Μείωση VC, μείωση MMEF.
Ελάττωση D_LCO.
Ελάττωση V (pons).
Αύξηση Raw.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή εφόσον ο ασθενής υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή. Υπάρχουν περίοδοι υφέσεων και εξάρσεων της νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 20-50% [1 χρόνο] εξαρτώμενο από το εάν ο ασθενής είναι υπό θεραπευτική αγωγή με κορτικοειδή ή όχι.

3ο Επίπεδο

ΣΤΑΔΙΟ IV

Υπάρχει εγκατεστημένη μη αναστρέψιμη πνευμονική ίνωση. Τα κλινικά ευρήματα είναι όπως και στα προηγούμενα επίπεδα βαρύτητας, με πλέον έντονη τη δύσπνοια, το βήχα· συνυπάρχει πολλές φορές και κυάνωση.

Ακροαστικώς: Μείωση του ΑΨ και λεπτοί μη μουσικοί ρόγχοι κατά τις βάσεις.

Επικρουστικώς: Υπερσαφής πνευμονικός ήχος, λόγω μειωμένης έκπτυξης του πνευμονικού παρεγχύματος.

Ακτινολογική εικόνα: Ινώσεως 2ου ή 3ου επιπέδου βαρύτητας. Δικτυωτή ή δικτυοζιδιακή ή εικόνα μελικηρήθρας.

Λειτουργικός έλεγχος: Περιοριστικό σύνδρομο στη σπιρομέτρηση 2ου ή 3ου επιπέδου βαρύτητας.
$FEV / FVC_{pr} < 0,5$.
Μείωση ή αύξηση RV.
Μείωση TLC.
Από τα αέρια αίματος μεγάλη υποξαιμία και υπερκαπνία. Πνευμονική υπέρταση συνυπάρχει λόγω περιαγγειακής ινώσεως και σαρκοειδικής αγγειίτιδας.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία ιδία επί συνυπάρξεως πνευμονικής υπερτάσεως και πνευμονικής καρδίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67-80%

1.4.5. Πνευμονική εμβολή - Πνευμονικό έμφρακτο

Η κυριότερη αιτία πνευμονικής εμβολής είναι η θρομβοεμβολή. Τα έμβολα σ' αυτές τις περιπτώσεις αποσπώνται συνήθως από θρόμβους που έχουν σχηματισθεί στο εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο των κάτω άκρων, και λιγότερο συχνά από τις δεξιές καρδιακές κοιλότητες ή την περιοχή της πυέλου.

Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται:

1. Η στάση του αίματος στο φλεβικό σύστημα.
2. Μεταβολές της πηκτικότητας του αίματος (αύξηση πηκτικότητας).
3. Διαταραχές του φλεβικού τοιχώματος (τραύμα, φλεγμονή κ.λπ.).

Αλλες σπανιότερες αιτίες είναι:

- Σηπτική εμβολή
- Λιπώδης εμβολή
- Εμβολή αμνιακού υγρού
- Εμβολή από καρκινικά κύτταρα
- Εμβολή από παράσιτα (π.χ. σχιστόσωμα)
- Εμβολή αέρος
- Εμβολή σκιαγραφικού υλικού
- Εμβολή υδραργύρου

Τα έμβολα δυνατόν να είναι μικρού μεγέθους οπότε περνούν και απαρατήρητα, μετρίου μεγέθους προκαλούντα συμπτώματα αλλά λυόμενα με κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση στα νοσοκομεία και μεγάλου μεγέθους ή, όπως συνηθίζεται να λέγεται, μαζική πνευμονική εμβολή, όπου τις περισσότερες φορές καταλήγουν σε θάνατο ή αντιμετωπίζονται επιτυχώς σε μονάδες εντατικής θεραπείας εντός σχετικώς μικρού χρονικού διαστήματος, ημερών έως ολίγων εβδομάδων.

Από ασφαλιστικής πλευράς ενδιαφέρον έχουν τα επαναλαμβανόμενα μικρά θρομβοεμβολικά επεισόδια τα οποία δυνατόν να περάσουν απαρατήρητα έως ότου προκαλέσουν εξάλειψη της πνευμονικής αγγειώσεως κατά 50% και σταδιακή ανάπτυξη πνευμονικής υπερτάσεως και τελική κατάληξη χρονία πνευμονική καρδία, οπότε το ποσοστό αναπηρίας είναι όσο στο 2ο και 3ο επίπεδο βαρύτητας της πνευμονικής υπερτάσεως. Σε περίπτωση τοποθετήσεως ομπρέλας (σκιαδίου) στην κάτω κοίλη φλέβα το ποσοστό αναπηρίας είναι 35% μονίμως.

Το πνευμονικό έμφρακτο αποτελεί επιπλοκή της πνευμονικής εμβολής εμφανιζόμενο 1 ώρα έως 1 εβδομάδα από το επεισό-

διο και υποχωρεί στην καλύτερη περίπτωση σε 4-7 ημέρες ενώ στη χειρότερη όταν συνυπάρχει νέκρωση σε 20 ημέρες έως 5 εβδομάδες και έτσι δεν έχει ενδιαφέρον από ασφαλιστικής πλευράς.

1.4.6. Πνευμονική υπέρταση - Πνευμονική καρδία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δοθέντος ότι όλες οι παθήσεις που προκαλούν πνευμονική υπέρταση καταλήγουν σε πνευμονική καρδία οι δύο αυτές καταστάσεις θα περιγραφούν από κοινού.

Πνευμονική υπέρταση: Η μέση πίεση στην πνευμονική αρτηρία είναι φυσιολογικά 15 mm Hg, για ένα άτομο ευρισκόμενο στο επίπεδο της θαλάσσης. Πιέσεις 19 - 20 mm Hg και άνω χαρακτηρίζουν την πνευμονική υπέρταση.

Πνευμονική καρδία: Ορίζεται η μεταβολή της δομής (υπερτροφία) ή της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας που προκαλούνται από πνευμονική υπέρταση συνεπεία παθήσεων των πνευμόνων ή της πνευμονικής αγγειώσεως. Πρωτοπαθείς παθήσεις των αριστερών κοιλοτήτων της καρδίας καθώς και συγγενείς καρδιοπάθειες εξαιρούνται.

Η πνευμονική υπέρταση όπως και η πνευμονική καρδία είναι οξεία ή χρονία.

Από συνταξιοδοτικής πλευράς αξία έχουν οι παθήσεις του αναπνευστικού που προκαλούν σταδιακή και χρονία αύξηση της πιέσεως στην πνευμονική αρτηρία καταλήγουσες σε πνευμονική καρδία και όχι εκείνες που προκαλούν οξεία ή παροδική αύξηση της πιέσεως, όπως π.χ. η πνευμονική εμβολή, ARDS, κ.λπ.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Τα αποφρακτικά και περιοριστικά σύνδρομα με διεγνωσμένη πνευμονική υπέρταση άνευ της αναπτύξεως πνευμονικής καρδίας.

- ΧΑΠ (χρόνια βρογχίτιδα, σπανιότερα πνευμονικό εμφύσημα), 1ου προς 2ου επιπέδου βαρύτητας.
- Περιοριστικά σύνδρομα 1ου προς 2ου επιπέδου βαρύτητας. Νόσοι του συνδετικού ιστού (κολλαγονώσεις) με στένωση και διαστρέβλωση των αγγείων λόγω της συνυπάρχουσας αγγειίτιδας, διάμεσες πνευμονοπάθειες, μυοπάθειες, παθήσεις του θωρακικού τοιχώματος (κυφοσκολιώσεις).

Παρακλινικά ευρήματα

Ακτινολογικά ευρήματα δεν υπάρχουν εκτός από αυτά της πρωτοπαθούς νόσου.

Η διάγνωση γίνεται με καθετηριασμό και μέτρηση της μέσης πνευμονικής πίεσης η οποία ανευρίσκεται αυξημένη (18 - 22 mm Hg).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση των ασθενών είναι εξελισσόμενη.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..έως 50% [1 χρόνο] εξαρτώμενο από τα συνυπάρχοντα ευρήματα της σπιρομέτρησης και των αερίων αίματος.

2ο Επίπεδο

- Αποφρακτικά και περιοριστικά σύνδρομα 2ου προς 3ου επιπέδου βαρύτητας.
- Επαναλαμβανόμενα μικρά θρομβοεμβολικά επεισόδια.
- Πνευμονοκονιάσεις.
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία. Με διεγνωσμένη πνευμονική υπέρταση και αρχομένη πνευμονική καρδία.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Οι πνευμονικές αρτηρίες (δεξιά και αριστερή) είναι διατεταμένες, διάμετρος > από 16 mm στους άνδρες και > από 15 mm στις γυναίκες μετρούμενη στο επίπεδο της TLC. Αρχόμενα κλινικά - ακτινολογικά - ΗΚΓκά και ECHO-γραφικά ευρήματα πνευμονικής καρδίας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι παθήσεις εξελίσσονται με το χρόνο σε πλήρως εγκατεστημένη (κλινικά - ακτινολογικά και ΗΚΓκά) πνευμονική καρδία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..50-67% [2 χρόνια] λαμβανομένων υπόψη της σπιρομέτρησης και των αερίων αίματος

3ο Επίπεδο

Τα ίδια με τα του 2ου επιπέδου βαρύτητας αλλά με εγκατεστημένη επίσημα πνευμονική καρδία.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Μεγέθυνση πνευμονικών αρτηριών, όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας, αύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη, διάταση της άνω κοίλης και αζύγου φλέβας. Χαρακτηριστικό ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογράφημα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δυσμενής. Οι περισσότεροι των ασθενών καταλήγουν εντός της πρώτης 5ετίας από της διαγνώσεως της πνευμονικής καρδίας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ολες οι παθήσεις του αναπνευστικού που συνοδεύονται από πνευμονική καρδία δικαιούνται Π.Α. 80% 2 χρόνια και άνω.

1.4.7. Αναπνευστική ανεπάρκεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αναπνευστική ανεπάρκεια είναι η αδυναμία των πνευμόνων να διατηρήσουν επαρκή την οξυγόνωση του αρτηριακού και/ή αδυναμία αποβολής της περίσσειας διοξειδίου του άνθρακα.

Διακρίνεται στην αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι, όπου έχουμε υποξαιμία και νορμοκαπνία, στην τύπου ΙΙ, δηλ. υποξαιμία και υπερκαπνία, και στην τύπου ΙΙΙ, όπου έχουμε νορμοξαιμία (λαμβάνει οξυγόνο) με υπερκαπνία και που είναι ουσιαστικά χωρίς ασφαλιστικό ενδιαφέρον.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

- Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με pO_2 = 80-60 mm Hg. Απουσία κλινικών συμπτωμάτων ή ελαφρά μείωση της διανοητικής ικανότητας και της οπτικής οξύτητας, ήπιος υπεραερισμός. Δεν παρατηρείται κυάνωση. Και
- Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου ΙΙ με pO_2 = 80-60 mm Hg και pCO_2 = 45-50 mm Hg.

Παρακλινικά ευρήματα

Εκτός από τα κλινικά ευρήματα του τύπου Ι, παρατηρείται ελαφρά κεφαλαλγία λόγω διαστολής των αγγείων του εγκεφάλου από την αύξηση της pCO_2.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εξαρτάται από την αιτιοπαθογένεια.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 50% [1 χρόνο]

Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην τύπου ΙΙ αναπνευστική ανεπάρκεια

2ο Επίπεδο

- Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με pO_2 = 60-45 mm Hg. Πλέον έντονα τα συμπτώματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και επί πλέον κεφαλαλγία - υπνηλία - αρχομένη θόλωση της συνειδήσεως. Κυάνωση ορατή ορισμένες φορές.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου ΙΙ με pO_2 60-45 mm Hg pCO_2 = 70 mm Hg. Πλέον έντονα τα συμπτώματα του πρώτου επιπέδου βαρύτητας, επί πλέον δε αύξηση της πιέσεως του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και ορισμένες φορές οίδημα της οπτικής θηλής.

  Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας χρειάζονται οξυγονοθεραπεία οίκοι.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εχουν αναπτύξει πνευμονική υπέρταση και ορισμένες φορές αρχόμενη πνευμονική καρδία. Χρειάζονται συχνή ιατρική παρακολούθηση και οξυγονοθεραπεία οίκοι.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-80% [2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

- Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου Ι με $pO_2 \leq 45$ mmHg. Κλινικώς, όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας˙ επίσης μπορεί να συνυπάρχουν σπασμοί - αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς και μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη καθώς και επιπλοκές από άλλα συστήματα όπως ταχυκαρδία - ελαφρά υπέρταση - αρρυθμίες (λόγω αύξησης έκκρισης κατεχολαμινών) - βραδυκαρδία ή υπόταση - στηθαγχική κρίση και σημεία καρδιακής κάμψεως επί συνυπάρχουσας στεφανιαίας νόσου. Μειωμένη νεφρική λειτουργία, κατακράτηση νατρίου και πρωτεϊνουρία. Πνευμονική υπέρταση (λόγω της κυψελιδικής υποξίας) και πολλές φορές πνευμονική καρδία.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου ΙΙ με $pO_2 < 45$ mmHg και $pCO_2 > 70$ mm Hg.

Κλινικώς όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας αλλά εντονότερα. Ο ασθενής παρουσιάζει επίσης έντονη ανησυχία, τρόμο, μπερδεύει την ομιλία του, διακυμάνσεις της συμπεριφοράς, θόλωση της συνείδησης και κώμα. Συνυπάρχει πνευμονική υπέρταση και τις περισσότερες φορές και πνευμονική καρδία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή λόγω της εγκαταστάσεως τις περισσότερες φορές χρόνιας πνευμονικής καρδίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................80% και άνω [2 χρόνια και άνω]

1.4.8. Φυματίωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η φυματίωση είναι μολυσματική νόσος που εξακολουθεί να αποτελεί δυσεπίλυτο ιατροκοινωνικό πρόβλημα σε πολλές χώρες.

Παράγοντες που προδιαθέτουν στην ανάπτυξή της είναι ο υποσιτισμός, ο στενός συγχρωτισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, η γαστρορραγία, η πνευμονοκονίαση και η ανοσοκαταστολή.

Η κλινική εικόνα ποικίλλει και εκδηλώνεται με ήπια ή βαριά γενικά και λειτουργικά συμπτώματα. Συνήθως εμφανίζεται με πυρετό, ιδρώτες, απόχρεμψη, βήχα και αιμόπτυση.

Η ταξινόμηση της φυματίωσης βασίζεται στη σχέση μεταξύ του μυκοβακτηριδίου και του ανθρώπου. Διακρίνονται οι εξής κατηγορίες φυματίωσης:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 0: Δεν υπάρχει έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο. Mantoux αρνητική.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1: Υπάρχει έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο. Mantoux αρνητική.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2: Mantoux θετική, όχι όμως νόσος. Πρέπει να αναφέρεται εάν το άτομο έλαβε ή όχι χημειοπροφύλαξη, για πόσο χρόνο και εάν ήταν πλήρης ή ατελής.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3: Νόσηση από φυματίωση. Πρέπει να αναφέρεται η εντόπιση και η ανατομική έκταση της νόσου, η βακτηριολογική κατάσταση, η χημειοθεραπεία, τα ακτινολογικά ευρήματα και η Mantoux.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4: Ιστορικό φυματίωσης στο παρελθόν. Ακτινολογικά ευρήματα αμετάβλητα. Mantoux θετική. Βακτηριολογικός έλεγχος αρνητικός και χωρίς κλινική ένδειξη νόσου. Σημειώνεται η κατάσταση από πλευράς χημειοθεραπείας ή χημειοπροφύλαξης.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 5: Πιθανή φυματίωση. Υπάρχει υπόνοια νόσου. Η παραμονή στην κατηγορία αυτή δεν επιτρέπεται για χρονικό διάστημα πάνω από τρεις μήνες.

Για κλινικούς και ασφαλιστικούς λόγους προτιμάται η κατάταξη της φυματίωσης ανάλογα με την έκταση των ακτινολογικών αλλοιώσεων και τη βακτηριολογική κατάσταση του ατόμου. Συνεπώς οι κατηγορίες που έχουν ασφαλιστικό ενδιαφέρον αρχίζουν μετά την κατηγορία 3, οπότε η πνευμονική φυματίωση διακρίνεται σε:

1. Περιορισμένη πνευμονική φυματίωση

Υπάρχουν ελάχιστες αλλοιώσεις, χωρίς κοιλότητα. Δυνατόν να προσβάλλουν τον ένα ή και τους δύο πνεύμονες, αλλά η ολική τους έκταση δεν υπερβαίνει την έκταση τμήματος πνεύμονα που αφορίζεται από τη 2η χονδροστερνική άρθρωση μέχρι το σώμα του 5ου θωρακικού σπονδύλου.

2. Μετρίως εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση

Η ολική βλάβη δεν πρέπει να υπερβαίνει την έκταση του ενός πνεύμονα, όταν πρόκειται για διάσπαρτες και μετρίως ακτινοσκιερές αλλοιώσεις, ή την έκταση του 1/3 του ενός πνεύμονα, όταν πρόκειται για διάχυτες και αυξημένης σκιερότητας αλλοιώσεις. Εάν υπάρχουν ένα ή περισσότερα σπήλαια η συνολική τους διάμετρος δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 4 cm.

3. Λίαν εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση

Οι βλάβες είναι μεγαλύτερες από της μετρίως εκτεταμένης.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Περιορισμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη και σωστή αντιφυματική αγωγή. Οι αλλοιώσεις μετά από ένα χρόνο θεωρούνται πλέον σταθεροποιημένες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Μετά τον 1ο χρόνο από την έναρξη της αγωγής 5-10% οριστικά.

2ο Επίπεδο

Μετρίως εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το άτομο έχει λάβει πλήρη και σωστή αγωγή. Η ακτινολογική εικόνα είναι από έτους σταθεροποιημένη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Μετά τον 1ο χρόνο από την έναρξη της αγωγής επί ευνοϊκής πορείας 10-20% οριστικά.

3ο Επίπεδο

Λίαν εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη και σωστή αγωγή. Η ακτινολογική εικόνα είναι σταθεροποιημένη από έτους.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Μετά τον πρώτο χρόνο από την έναρξη της αγωγής 20-25% οριστικά.

4ο Επίπεδο

Κάθε κατηγορία που χαρακτηρίζεται σαν ενεργός

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής βρίσκεται υπό αντιφυματική αγωγή που διαρκεί κατά πρόβλεψη ένα χρόνο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..80%

Εν συνεχεία όπως περιγράφηκαν ανωτέρω.
Σε περιπτώσεις που συνυπάρχει φυματίωση με άλλες παθήσεις, ο υπολογισμός της αντικανότητας πρέπει να γίνεται με τη μέθοδο υπολογισμού των πολλαπλών ανικανοτήτων.

1.4.9. Βρογχικό άσθμα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύνδρομο αυξημένης αντιδραστικότητας του τραχειοβρογχικού δένδρου σε πολυάριθμα ερεθίσματα με κύριο παθογνωμονικό χαρακτηριστικό την αναστρέψιμη μείωση της εκπνευστικής ροής που αίρεται αυτόματα ή κατόπιν θεραπείας.

Η πάθηση κλινικώς εμφανίζεται με επεισόδια δύσπνοιας, παράταση της εκπνοής και διάχυτους μουσικούς ρόγχους. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στο συνδυασμό βρογχόσπασμου, οιδήματος των βρογχικών τοιχωμάτων και βρογχικής υπερέκκρισης. Το βρογχικό άσθμα σταδιοποιείται με βάση το λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής, την κλινική εικόνα, την απόκριση στη θεραπεία και τα αέρια αρτηριακού αίματος.

Στον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι συνθήκες εργασίας του ατόμου, η ιατρική παρακολούθηση και το ενδεχόμενο να βρίσκεται σε παροξυσμό.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Στάδιο Ι: Η βρογχοστένωση είναι ποικίλη και τα μεσοδιαστήματα πλήρους ηρεμίας, κλινικώς και εργαστηριακώς, μεγάλα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ανταπόκριση στην αγωγή είναι ικανοποιητική. Ο ασθενής μπορεί να εκτελεί εργασία στο σπίτι ή στον επαγγελματικό χώρο με μικρή δυσχέρεια. Ο ύπνος σπάνια διαταράσσεται.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..10-20%

2ο Επίπεδο

Στάδιο ΙΙ: Η βρογχοστένωση εξακολουθεί να υπάρχει παρά τη θεραπεία. Τα μεσοδιαστήματα συνήθως δεν είναι ελεύθερα συμπτωμάτων και τα σπιρομετρικά ευρήματα παρουσιάζουν υπολειμματική βλάβη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής μπορεί να εκτελεί εργασία στο σπίτι ή στον επαγγελματικό χώρο με μεγάλη δυσχέρεια. Ο ύπνος είναι διαταραγμένος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..30-40%

3ο Επίπεδο

Η βρογχοστένωση είναι έντονη και κυρίως ανθίσταται στη θεραπεία του σταδίου ΙΙ και τα κορτικοειδή. Εχει μεγάλη διάρκεια και η υποξαιμία είναι σοβαρή. Η pCO_2 είναι φυσιολογική καθώς

και το pH. Η σπιρομέτρηση είναι σαφώς παθολογική.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής είναι καθηλωμένος και σηκώνεται με δυσχέρεια. Δεν μπορεί να κοιμηθεί και έχει ταχυκαρδία > 120 min.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-70%

4ο Επίπεδο

Στάδιο IV: Παράταση του προηγουμένου σταδίου με διαταραχή του επιπέδου συνειδήσεως. Ο υποαερισμός συνδέεται με σοβαρή υποξαιμία, υπερκαπνία και αναπνευστική οξέωση. Η σπιρομέτρηση είναι αδύνατη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ανταπόκριση στην αγωγή είναι περιορισμένη. Είναι τυπική εικόνα status asthmaticus. Ο ασθενής είναι πλήρως καθηλωμένος με σοβαρές διαταραχές του ύπνου. Ταχυκαρδία > 120 min.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................70-80%

1.4.10. Πνευμοθώρακας

Είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία εισέρχεται αέρας στην υπεζωκοτική κοιλότητα μετά από ρήξη του περισπλαγχνίου ή του περιτόνου πετάλου του υπεζωκότα.

Ο πνευμοθώρακας διακρίνεται σε ανοικτό, όταν επικοινωνεί η υπεζωκοτική κοιλότητα με τον ατμοσφαιρικό αέρα, και σε κλειστό. Οταν επιτρέπεται η είσοδος αέρα χωρίς να μπορεί να εξέλθει, δημιουργείται πνευμοθώρακας υπό τάση.

Αιτιολογικά ο πνευμοθώρακας διακρίνεται σε αυτόματο και τραυματικό. Ο αυτόματος υποδιαιρείται επίσης σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή, σαν επιπλοκή προϋπάρχουσας πνευμονικής νόσου.

Κλινικά ευρήματα

Θωρακικό άλγος, δύσπνοια, βήχας, ταχυκαρδία..

Αντικειμενικώς: Ελάττωση ΑΨ και φωνητικών δονήσεων, υπερσαφής πνευμονικός ήχος, μειωμένη ή καταργημένη κινητικότητα ημιθωρακίου.

Ακτινολογικώς: Ελλειψη αγγειακού δικτύου, "πνευμονικό κολόβωμα".

Το ασφαλιστικό ενδιαφέρον του πνευμοθώρακα σχετίζεται με τις εφεδρείες του ασθενούς, κυρίως όταν αποτελεί επιπλοκή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, βρογχικού άσθματος, φυματίωσης ή διαχύτων διαμέσων πνευμονικών νοσημάτων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από την υποκείμενη νόσο, ενώ στο ποσοστό αναπηρίας λαμβάνονται υπόψη και οι υποτροπές της.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-15% [1 χρόνο]

Επί παρουσίας υγρού και αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα (πυοπνευμοθώρακας, αιμοπνευμοθώρακας) το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται και από τις απότοκες καταστάσεις *που προκύπτουν* μετά την αντιμετώπιση της παθήσεως (συμφύσεις, περιοριστικό σύνδρομο κ.λπ.).

1.4.11. Βρογχεκτασίες

Οι βρογχεκτασίες χαρακτηρίζονται από διάταση των βρόγχων και έχουν συνήθως εντόπιση λοβώδη, τμηματική ή υποτμηματική.

Ανάλογα με τη μορφή που έχει η βρογχική διάταση διακρίνονται σε κυλινδρικές και σακοειδείς ή κυστικές.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη δημιουργία βρογχεκτασιών είναι κυρίως η βρογχική λοίμωξη και η βρογχική απόφραξη.

Τα κυριότερα συμπτώματα των βρογχεκτασιών είναι ο βήχας, η βλεννοπυώδης απόχρεμψη και η αιμόπτυση.

Ακροαστικώς: Υγροί ρόγχοι.

Ακτινολογικώς: Δακτυλιοειδείς και δικτυοοζώδεις σκιάσεις.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση των βρογχεκτασιών εξαρτάται από την έκταση των βλαβών και από τη συχνότητα των βρογχοπνευμονικών λοιμώξεων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-20% [δια βίου]

1.4.12. Καρκίνος του πνεύμονος

Τα πρωτοπαθή καρκινώματα του πνεύμονος προέρχονται είτε από το επιθήλιο, είτε από τους βλεννογόνιους αδένες των βρόγχων και άρχονται στα 75-80% των περιπτώσεων από ένα μεγάλο βρόγχο, τα 20-25% προέρχονται από μικρό βρόγχο γι' αυτό φέρεται και ως βρογχογενές καρκίνωμα. Μακροσκοπικώς είναι όγκοι συστάσεως σκληράς και χροιάς λευκοφαίου.

Διαίρεση (παθολογοανατομική)

1. Μικροκυτταρικό
2. Μη μικροκυτταρικό

Ακτινολογική εικόνα

Στην απλή ακτινογραφία θώρακος (F και P) δύναται η ακτινολογική εικόνα να είναι:

1. Σαν ατελεκτασία
2. Σαν διόγκωση της σκιάς της πύλης
3. Σαν επιπρόσθετη σκιά της πύλης ή στην πύλη
4. Σαν μονήρης περιφερική σκίαση
5. Σαν κοιλοτική εξεργασία (παχέα τοιχώματα, κεντρική τήξη)
6. Σαν πλευρίτιδα
7. Σαν ακανόνιστη σκίαση με ασαφή όρια
8. Σαν σκίαση της κορυφής (Pancoast)

Η διασπορά του καρκίνου πνεύμονος γίνεται: α) αιματογενώς, β) λεμφογενώς, γ) κατά συνέχεια ιστού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ca χειρουργήσιμο.................................... 80% [2 έτη από επεμβάσεως]
- Ca χειρουργημένο χωρίς στοιχεία υποτροπής ή μεταστάσεων ....67% [3 έτη μετά τα 2 πρώτα]
- Ca χειρουργημένο μετά στοιχείων υποτροπής ή μεταστάσεων 80%

1.4.13. Καλοήθη νεοπλάσματα του πνεύμονος

Αποτελούν το 8% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων. Από αυτά το 50% είναι βρογχικά αδενώματα.

Κατά σειρά συχνότητας ακολουθούν τα αμαρτώματα, λειομυώματα, ινώματα (είναι σπάνιοι όγκοι).

Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις είναι εξ αποφράξεως (δύσπνοια, βήχας, όχι σπάνια πυρετός) και αιμοπτύσεις.

Ακτινολογικώς παρέχουν την εικόνα της νομισματοειδούς σκιάσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Ως επακόλουθο μπορεί να προκύψει περιοριστικού τύπου ή μικτού τύπου πνευμονοπάθεια με διαφορετικού βαθμού έκπτωση της αναπνευστικής ικανότητας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας κυμαίνονται από 35% έως 67% προσκαίρως, του οριστικού ποσοστού αναλόγως του βαθμού λειτουργικής επιβαρύνσεως. Συνιστάται πάντως να παραμένουν στη δικαιοδοσία της επιδοτήσεως.

1.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.5.1. Αρρυθμίες

ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο αρρυθμία εννοείται ότι είτε το καρδιακό ερέθισμα είναι έκτοπο (δηλαδή δεν δημιουργείται στο φλεβόκομβο που είναι ο φυσιολογικός βηματοδότης της καρδιάς) είτε υπάρχει διαταραχή της αγωγής του ερεθίσματος είτε συνυπάρχουν και έκτοπο ερέθισμα και διαταραχή της αγωγής του ερεθίσματος.

Ταξινόμηση

Οι αρρυθμίες μπορούν να ταξινομηθούν έχοντας για βάση το τμήμα της καρδιάς όπου παράγονται (φλεβόκομβος, κόλποι, κολποκοιλιακός κόμβος, κοιλίες), όπως επίσης μπορεί να ταξινομηθούν ανάλογα με το μηχανισμό της δημιουργίας τους (διαταραχή της παραγωγής ή της αγωγής του ερεθίσματος).

Στο παρόν κεφάλαιο ακολουθήθηκε η δεύτερη οδός.

ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ

1) Οι αρρυθμίες επιδρούν στην αιμοδυναμική κατάσταση της κυκλοφορίας επηρεάζοντας τον όγκο παλμού, τον ΚΛΟΑ, την κατανάλωση του οξυγόνου από το μυοκάρδιο και τη συσταλτικότητα και αποτελεσματικότητα του μυοκαρδίου.
2) Επηρεάζουν δυσμενώς την προϋπάρχουσα καρδιακή πάθηση
3) Ευνοούν τη δημιουργία εμβολών
4) Ελαττώνουν την αιματική ροή των διαφόρων οργάνων.

Για παράδειγμα αναφέρουμε ότι στην εγκεφαλική κυκλοφορία οι έκτακτες συστολές προκαλούν ελάττωση κατά 8-12%, η ταχεία υπερκοιλιακή ταχυκαρδία κατά 14%, η κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση κατά 23% και η κοιλιακή ταχυκαρδία κατά 40-75%.

Εγκεφαλοαγγειακή ανεπάρκεια είναι δυνατό να εμφανισθεί σε βραδυκαρδία (κάτω των 40 παλμών στο 1΄ λεπτό), καθώς και σε μεγάλη ταχυκαρδία (πάνω από 150 παλμούς στο 1΄ λεπτό).

Στη στεφανιαία κυκλοφορία οι κολπικές έκτακτες συστολές προκαλούν ελάττωση της ροής της κατά 5%, οι κοιλιακές έκτακτες συστολές κατά 12%, οι συχνές κοιλιακές έκτακτες συστολές κατά 25%, η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία κατά 35%, η κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση κατά 40% και η κοιλιακή ταχυκαρδία κατά 60%.

Το ΗΚΓ είναι δυνατό να εμφανίσει ισχαιμικές αλλοιώσεις, όταν η στεφανιαία ροή ελαττωθεί κατά 25% και πλέον.

Στην κυκλοφορία των νεφρών και των σπλάγχνων οι ταχυκαρδίες προκαλούν μείωση της ροής κατά 20-40%.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για τη διαγνωστική προσέγγιση μιας αρρυθμίας χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες διαγνωστικές μέθοδοι:

1) Το ιστορικό: Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα αναφερόμενα ενοχλήματα, όπως αίσθημα προκαρδίων παλμών, χτύπους, φτερουγίσματα, τράνταγμα στο στήθος κ.λπ. Επίσης στον τρόπο εμφάνισης της αρρυθμίας (αιφνίδιος ή βαθμιαίος), καθώς και στη διάρκεια και συχνότητα αυτής. Επίσης αν ο ασθενής παραπονείται για ζάλη ή λιποθυμικές κρίσεις, αν παίρνει φάρμακα με προαρρυθμική δράση ή εάν έχει ιστορικό καρδιοπάθειας.
2) Η κλινική εξέταση: Εάν υπάρχει αρρυθμία κατά την ώρα της εξετάσεως του αρρώστου είναι δυνατό να προσδιορισθεί η καρδιακή συχνότητα και αδρώς το είδος της αρρυθμίας. Εάν η αρρυθμία είναι παροξυσμική και κατά την ώρα της κλινικής εξέτάσεως ο ρυθμός είναι φυσιολογικός, διαφεύγει διαγνωστικά η αρρυθμία και τότε καταφεύγουμε σε άλλες διαγνωστικές μεθόδους (π.χ. Holter κ.λπ.).
3) Το ηλεκτροκαρδιογράφημα: Είναι ανεκτίμητο διαγνωστικό εργαλείο, όταν η αρρυθμία είναι παρούσα. Ο έμπειρος καρδιολόγος με τη βοήθεια του ΗΚΓ θέτει τη διάγνωση της αρρυθμίας.
4) Η συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή σε μαγνητοταινία 24ώρου ή 48ώρου διαρκείας (Holter): Σε περιπτώσεις παροξυσμικής ή διαλείπουσας αρρυθμίας το Holter μπορεί να "συλλάβει" και να καταγράψει τις αρρυθμίες (βραδυαρρυθμίες, ταχυαρρυθμίες, καρδιακές παύσεις κ.λπ.) που να είναι υπεύθυνες για τα ενοχλήματα των αρρώστων όπως για παράδειγμα συγκοπτικές κρίσεις, λιποθυμικά επεισόδια, ζάλη, προκάρδια ενοχλήματα κ.λπ.
5) Ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος: Γίνεται σε εξειδικευμένα Κέντρα και απαιτεί καθετηριασμό της καρδιάς. Ερευνούμε τις διαταραχές αγωγής του ερεθίσματος, την προδιάθεση για κολπική μαρμαρυγή, το σύνδρομο του νοσούντος φλεβοκόμβου κ.ά.

6) Δοκιμασίες επιφορτίσεως (Stress test): Εχει παρατηρηθεί ότι πολλές αρρυθμίες εκλύονται συχνά μετά από ορισμένους στρεσσογόνους παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες είναι η σωματική άσκηση, η ψυχική ένταση, οι ανωμαλίες της αναπνοής κ.λπ. Ετσι, για την έκλυση των αρρυθμιών έχουν δοκιμασθεί και χρησιμοποιηθεί διάφορες δοκιμασίες όπως: α) η δοκιμασία κοπώσεως, β) η δοκιμασία Valsalva, γ) η υπέρπνοια, δ) η κολπική βηματοδότηση.

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΑΡΡΥΘΜΙΩΝ

Α΄ Διαταραχές της συχνότητας παραγωγής των ερεθισμάτων από το φλεβόκομβο:
1. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία
2. Φλεβοκομβική ταχυκαρδία
3. Φλεβοκομβική αρρυθμία

Β΄ Εκτακτες συστολές (ΕΣ) - Εκτακτοσυστολική αρρυθμία:
1. Κολπικές ΕΣ
2. Κομβικές ΕΣ
3. Κοιλιακές ΕΣ

Γ΄ Εκτοπες ταχυκαρδίες:
1. Παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία
2. Πτερυγισμός των κόλπων
3. Μαρμαρυγή των κόλπων
4. Κοιλιακή ταχυκαρδία
5. Κοιλιακή μαρμαρυγή

Δ΄ Βραδυαρρυθμίες:
1. Φλεβοκομβο - κολπικός αποκλεισμός
2. Κομβικός ρυθμός
3. Ιδιοκοιλιακός ρυθμός
4. Κολποκοιλιακός αποκλεισμός
5. Σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου
6. Σύνδρομο προδιεγέρσεως

Α. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟ

1) ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ

Βραδύς φλεβοκομβικός ρυθμός χαρακτηριζόμενος στο ΗΚΓ από κολπική συχνότητα μικρότερη των 60 παλμών/1΄. Συνήθως οφείλεται σε αυξημένο τόνο του πνευμονογαστρικού από ποικίλες αιτίες (ύπνος, μυξοίδημα, δακτυλίτιδα, β-αναστολείς, αθλητές, ηλικιωμένα άτομα κ.ά.).

Αναλόγως του ρυθμού της βραδυκαρδίας διακρίνουμε δύο κατηγορίες:

α) Φλεβοκομβική βραδυκαρδία με καρδιακή συχνότητα 40-60 παλμούς στο 1΄. Οταν ο ασθενής βρίσκεται σε ανάπαυση είναι ασυμπτωματική. Είναι όμως δυνατό να προκαλέσει σε ορισμένους ασθενείς συμπτώματα εξαντλήσεως κατά την κόπωση.Ετσι:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς 0-5%
- Σε ασθενείς με περιορισμένη αντοχή στην κόπωση 35%

β) Φλεβοκομβική βραδυκαρδία με καρδιακή συχνότητα κάτω των 40 παλμών/1΄ προκαλεί συνήθως αίσθημα εξαντλήσεως.

Κάτω των 30 παλμών/1΄ θεωρείται επείγουσα κατάσταση η οποία απαιτεί άμεση θεραπευτική αγωγή και κάτω των 20 παλμών/1' προκαλεί εγκεφαλική ανοξία, συγκοπή, σπασμούς και ακόμη θάνατο.
(Οι περιπτώσεις αυτές είναι δυνατό να οφείλονται στο σύνδρομο του Νοσούντος Φλεβοκόμβου).

Οι τελευταίες περιπτώσεις προσέρχονται στις Υγειονομικές Επιτροπές συνήθως μετά την εμφύτευση μονίμου ενδοκαρδιακού βηματοδότη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%
(βλέπε επιφυλάξεις στο κεφάλαιο του κολποκοιλιακού αποκλεισμού).

2) ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ

Είναι φλεβοκομβικός ρυθμός με συχνότητα πάνω από 100 παλμούς/1' σε ενήλικα.

Οφείλεται κυρίως σε αύξηση του τόνου του συμπαθητικού και σπανιώτερα σε ελάττωση του τόνου του πνευμονογαστρικού.

Αιτιολογία ποικίλη: συγκίνηση, άσκηση, θυρεοτοξίκωση, υπόταση, υποκαλιαιμία, αναιμία, υπερθερμία, αιμορραγία, λοιμώξεις, καρδιακή ανεπάρκεια.

Αυτή καθ' αυτή η φλεβοκομβική ταχυκαρδία δεν προσδίνει ποσοστό αναπηρίας.

3) ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ - ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ

Σ' αυτή την αρρυθμία η καρδιά διεγείρεται από το φλεβόκομβο, αλλά παρατηρείται περιοδική αύξηση και ελάττωση της καρδιακής συχνότητας.

Αυτή καθ' αυτή η φλεβοκομβικη αρρυθμία δεν προσδίνει ποσοστό αναπηρίας.

Β. ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Εκτακτη συστολή προκαλείται εάν, παρόλη τη φυσιολογική και ρυθμική λειτουργία του φλεβοκόμβου, εμφανισθεί κάποιο έκτακτο ερέθισμα που προλαμβάνει το κανονικό ερέθισμα, βρίσκει την καρδιά σε μη ανερέθιστη περίοδο και τη διεγείρει.

Ανάλογα προς τον τόπο παραγωγής του έκτακτου ερεθίσματος, η εκτακτοσυστολική αρρυθμία διακρίνεται στην κολπική, την κομβική και την κοιλιακή αρρυθμία.

1) ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

Εμφανίζεται σε άτομα με φυσιολογική καρδιά, συχνά είναι επακόλουθο συμπαθητικοτονικών φαρμάκων, λήψεως καφεΐνης, καπνίσματος ως και περιπτώσεων με διαταραχές του ΚΝΣ.

Αποκτά κλινική και προγνωστική σημασία όταν εμφανίζεται σε καρδιακή πάθηση (ρευματική ή αρτηριοσκληρωτική).

Στο ΗΚΓ (που θέτει τη διάγνωση) οι κολπικές έκτακτες συστολές διακόπτουν το φλεβοκομβικό ρυθμό παράγοντας ένα πρώιμο κύμα Ρ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2) ΚΟΜΒΙΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

Το έκτακτο ερέθισμα παράγεται στον κολποκοιλιακό κόμβο και διεγείρει

α) παλινδρόμως τους κόλπους και

β) τις κοιλίες μετά φυσιολογική κάθοδο δια του συστήματος His-Purkinje. Ετσι, το ΗΚΓ δείχνει πρόωρο έπαρμα Ρ, το οποίο είναι ανεστραμμένο στις απαγωγές II, III και AVF και θετικό στην AVR.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

3) ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

Σημασία στην περίπτωση της αρρυθμίας αυτής έχουν δύο παράγοντες:

1) Η συχνότητα και ο βαθμός επικινδυνότητας των εκτάκτων συστολών και
2) Η ύπαρξη ή όχι οργανικής καρδιοπάθειας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εάν δεν υπάρχει καρδιοπάθεια (πράγμα που είναι σπανιότερο στην περίπτωση αυτή) και οι κοιλιακές συστολές είναι συχνές, είναι πολυεστιακές, ανά ζεύγη ή κατά ριπάς ή εμφανίζουν μεγάλη πρωϊμότητα (R on T) 10-35%
- Εάν υπάρχει καρδιοπάθεια (βαλβιδοπάθεια, μυοκαρδιοπάθεια, ισχαιμική καρδιοπάθεια) .... 20-35% και επιπροστίθεται στο ποσοστό αναπηρίας που φέρει η καρδιακή πάθηση.

Επομένως μπορούμε να διατυπώσουμε το εξής σχήμα:

ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

Α. ΧΩΡΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ
- Αραιές κοιλιακές έκτακτες συστολές 0%
- Συχνές κοιλιακές έκτακτες συστολές, πολυεστιακές, ανά ζεύγη, κατά ριπάς, R on T 10-35%

Β. ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ
- Αραιές κοιλιακές έκτακτες συστολές 0-5%
- Συχνές και με τα αναφερόμενα πιο πάνω χαρακτηριστικά επικινδυνότητας 20-35%

Αυτό το Π.Α. επιπροστίθεται στο Π.Α. της κύριας καρδιακής πάθησης.

Προς διευκόλυνση παραθέτουμε τις βαθμίδες κατά Lown αναλόγως προς τη συχνότητα και το είδος των κοιλιακών εκτάκτων συστολών.

Βαθμίδες		Κοιλιακές έκτακτες συστολές
0	=	καμμία
1Α	=	κάτω από 30 την ώρα. Κάτω από 1 στο 1'
1Β	=	πάνω από 1 στο 1'
2	=	πάνω από 30 την ώρα
3	=	πολυεστιακές
4Α	=	κατά ζεύγη
4Β	=	κατά ριπές
5	=	R on T

Γ. ΕΚΤΟΠΕΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΕΣ

1) ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ (ΠΥΤ) (Κολπική-Κομβική)

Είναι μία κατάσταση κατά την οποία η καρδιακή συχνότητα αιφνιδίως αυξάνεται σε 100-200 (ή κατ' άλλους σε 150-250) παλμούς

το λεπτό και η κολποκοιλιακή αγωγή διατηρείται στο 1:1.

Ο μηχανισμός δημιουργίας της ΠΥΤ είναι της επανεισόδου μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου.

Οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται αδυναμία και τάση προς λιποθυμία, αίσθημα καρδιακών παλμών, αίσθημα βάρους κατά το θώρακα, επίσης εμφανίζουν πολυουρία. Η αρτηριακή πίεση πέφτει. Πιο συχνά εμφανίζεται σε φυσιολογική καρδιά.

➤ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την καρδιακή συχνότητα, τη συχνότητα των επεισοδίων, την ηλικία του αρρώστου, την ύπαρξη καρδιοπάθειας, την αντοχή στη θεραπεία, το επάγγελμα του αρρώστου, και κυμαίνονται από 10-35%.

Σε επίμονη και ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή ΠΥΤ, εσχάτως δοκιμάζεται η χειρουργική απομόνωση του κολποκοιλιακού κόμβου στο τρίγωνο του Koch. Η ίαση εγγίζει το 100%. Το ποσοστό αναπηρίας μετά την επιτυχή χειρουργική επέμβαση είναι 0%.

Για το πρώτο εξάμηνο μετά τη χειρουργική επέμβαση το Π.Α. είναι 67%.

2) ΠΤΕΡΥΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Στον κολπικό πτερυγισμό, οι κόλποι συστέλλονται ρυθμικά με μεγάλη συχνότητα (240-400/1'). Υπάρχουν τρεις θεωρίες για το μηχανισμό παραγωγής των κολπικών ερεθισμάτων: 1) του έκτοπου υπερευαίσθητου κέντρου, 2) της κυκλικής κινήσεως του ερεθίσματος σε κολπικό δακτύλιο και 3) του μηχανισμού επανεισόδου. Συνήθως δεν κατέρχονται όλα τα κολπικά ερεθίσματα στο κοιλιακό μυοκάρδιο διότι υπάρχει ένας μερικός λειτουργικός αποκλεισμός (2:1, 4:1, 6:1). Με τον τρόπο αυτό οι κοιλίες πάλλονται ρυθμικά σε συχνότητα μικρότερη από αυτής των κόλπων.

Συνήθως η συχνότητα των κολπικών επαρμάτων είναι 300/1' και των κοιλιών 150/1'. Κολπικός πτερυγισμός με 1:1 κολποκοιλιακή αγωγή (300 παλμοί/1') είναι κατάσταση απειλούσα τη ζωή του ασθενούς.

• Στο ΗΚΓ οι κολπικές συστολές απεικονίζονται με τα πτερυγικά κύματα F και δεδομένου ότι δεν υπάρχει ισοηλεκτρική γραμμή μεταξύ των κυμάτων F, η όλη εικόνα μοιάζει με δόντια πριονιού.

Ο κολπικός πτερυγισμός κατά κανόνα οφείλεται σε καρδιοπάθεια, ιδιαίτερα σε αρτηριοσκληρωτική καρδιοπάθεια και ρευματική βαλβιδοπάθεια. Επιβαρύνει τη βασική νόσο εάν συνδυάζεται με μεγάλη καρδιακή συχνότητα και ελάττωση της καρδιακής παροχής.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35%

το οποίο επιπροστίθεται στο ποσοστό αναπηρίας της υποκείμενης καρδιακής νόσου.

3) ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Για το μηχανισμό παραγωγής της αρρυθμίας αυτής υπάρχουν δύο απόψεις. Κατά τη μία άποψη η αρρυθμία παράγεται από την αντικατάσταση του φλεβοκόμβου από σωρεία κέντρων που είναι διασκορπισμένα σε διάφορα σημεία του κόλπου. Κατά τη δεύτερη άποψη ο μηχανισμός παραγωγής της κολπικής μαρμαρυγής είναι της ενδοκολπικής επανεισόδου και παραγωγής αυτοσυντηρουμένων κυκλωμάτων. Η εμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής ευνοείται όταν: 1) μειώνεται η δραστική ανερέθιστη περίοδος, 2) αυξάνεται η μυϊκή μάζα του αριστερού κόλπου και 3) αυξάνεται η ενδοκολπική αγωγή.

Η δυσμενής επίδρασή της οφείλεται στο ότι:

1) αποσπά από την κυκλοφορία την ευοδωτική συμβολή των κόλπων και
2) οδηγεί σε αύξηση της καρδιακής συχνότητας.

Οι παθήσεις στις οποίες εμφανίζεται συχνότερα η κολπική μαρμαρυγή είναι: 1) η στένωση της μιτροειδούς, 2) η αρτηριακή υπέρταση, 3) η αρτηριοσκληρωτική καρδιοπάθεια, 4) η μυοκαρδιοπάθεια (κυρίως διατατική), 5) η μεσοκολπική επικοινωνία σε μεγάλης ηλικίας άτομα, 6) η θυρεοτοξίκωση, 7) η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και 8) υπάρχει και η ιδιοπαθής (μονήρης) κολπική μαρμαρυγή, όπου δεν ανευρίσκεται πρωτοπαθής πάθηση.

Η αναζήτηση της προγνωστικής σημασίας της κολπικής μαρμαρυγής οδήγησε σε στατιστικές μελέτες, οι οποίες έδειξαν ότι η εγκατάσταση της κολπικής μαρμαρυγής οδηγεί σε αύξηση της θνητότητας π.χ. στη στένωση της μιτροειδούς κατά 8%, στη στεφανιαία νόσο κατά 3% και στην υπέρταση κατά 3,8%. Οι παροξυσμικές μορφές επιβαρύνουν πολύ λιγότερο την πρόγνωση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:

- Ιδιοπαθής κολπική μαρμαρυγή 20-35%
- Κολπική μαρμαρυγή επί βαλβιδοπαθείας της μιτροειδούς: Προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας 30-35%
- Κολπική μαρμαρυγή σε αρτηριακή υπέρταση: Προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας 20-35%

- Κολπική μαρμαρυγή σε στεφανιαία νόσο: Προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας 20-35%
- Κολπική μαρμαρυγή σε θυρεοτοξίκωση: Προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας 20-35%
- Κολπική μαρμαρυγή σε μεσοκολπική επικοινωνία: Προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας 20-35%
- Κολπική μαρμαρυγή σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια: Προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας 20-35%
- Σε παροξυσμικές μορφές κολπικής μαρμαρυγής: το προστιθέμενο ποσοστό αναπηρίας κυμαίνεται 10-20%

4) ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ

Πρόκειται για ρυθμική κοιλιακή ταχυκαρδία με ευρέα QRS συμπλέγματα και συχνότητα μεταξύ 100 έως 200 παλμών το 1'.

Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων υπάρχει στεφανιαία καρδιοπάθεια (συνήθως με ανεύρυσμα της αριστεράς κοιλίας), διατατική μυοκαρδιοπάθεια ή σπανιότερα πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Επίσης εμφανίζεται μετά από χορήγηση μεγάλων δόσεων δακτυλίτιδας. Ο μηχανισμός της επανεισόδου φαίνεται ότι είναι ο κυριότερος τρόπος παραγωγής της κοιλιακής ταχυκαρδίας (ΚΤ).

Η ΚΤ είναι μία αρρυθμία που προκαλεί βαριές αιμοδυναμικές διαταραχές. Υπόταση, καρδιογενές shock, πνευμονικό οίδημα, εγκεφαλική ισχαιμία, είναι συχνά επακόλουθα της ελάττωσης της καρδιακής παροχής.

Η διάγνωση τίθεται με το ΗΚΓ: ευρέα, ρυθμικά QRS συμπλέγματα, που η συχνότητά τους υπερβαίνει τη συχνότητα των κόλπων. Η εμφάνιση της ΚΤ θεωρείται επείγουσα κατάσταση απαιτούσα άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η ΚΤ βαρύνει την πρόγνωση της καρδιοπάθειας η οποία συνυπάρχει, ιδίως εάν τα επεισόδια της εμφανίσεώς της είναι περισσότερα από ένα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ΠΑ που προστίθεται στην υπάρχουσα οργανική καρδιοπάθεια κυμαίνεται ανάμεσα στο 50-80%

5) ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Είναι θανατηφόρος αρρυθμία εάν μέσα σε δευτερόλεπτα ή ελάχιστα λεπτά δεν γίνει ηλεκτρική ανάταξη.

Δεν παρουσιάζει ενδιαφέρον από ασφαλιστική άποψη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 100%

Δ. ΒΡΑΔΥΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

1) ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟ-ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Ο φλεβόκομβος λειτουργεί κανονικά, αλλά η μεταβίβαση του ερεθίσματος προς το κολπικό μυοκάρδιο είτε καθυστερεί είτε δεν επιτελείται καθόλου.

1ος βαθμός φλεβοκομβο-κολπικού αποκλεισμού

Πρόκειται περί απλής επιμηκύνσεως του χρόνου αγωγής του ερεθίσματος από το φλεβόκομβο στο κολπικό μυοκάρδιο. Είναι κατάσταση χωρίς κλινική σημασία.

2ος βαθμός φλεβοκομβο-κολπικού αποκλεισμού

α) με περιόδους Wenckebach

β) χωρίς περιόδους Wenckebach (αποκλεισμός 2:1, 3:1, 4:1, 5:1)

3ος βαθμός φλεβοκομβο-κολπικού αποκλεισμού

Κατ' αυτόν το ερέθισμα του φλεβοκόμου δεν μεταβιβάζεται στο κολπικό μυοκάρδιο. Αυτή η κατάσταση ήταν παλαιότερα γνωστή ως φλεβοκομβική παύση. Αν δεν αναπτυχθεί ρυθμός διαφυγής από έκτοπο κέντρο βηματοδοτήσεως ακολουθεί καρδιακή παύση.

Αιτιολογία: αρτηριοσκληρωτική, στεφανιαία, χρονία ρευματική καρδιοπάθεια, δακτυλίτιδα, βαγοτονία.

Συμπτώματα: Ανάλογα προς το βαθμό του φλεβοκομβο-κολπικού αποκλεισμού. Σε 1ου βαθμού, όπως και σε 2ου βαθμού με περιόδους Wenckebach ή με αποκλεισμό 2:1 σπάνια εμφανίζονται συμπτώματα.

Σε μεγαλύτερου όμως βαθμού αποκλεισμό είναι δυνατό να εμφανισθούν ζάλη, λιποθυμική ή προσυγκοπτική κατάσταση και σπανιότερα συγκοπή και σπασμοί εξαιτίας της μεγάλης μείωσης της παροχής αίματος στον εγκέφαλο.

Διάγνωση: Με το ΗΚΓ. Σε διαλείπουσες όμως μορφές η διάγνωση είναι δυσκολότερη και μπορεί να χρειαστεί έλεγχος με επαναλαμβανόμενο Holter.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας κυμαίνονται ανάλογα με το βαθμό του αποκλεισμού.

- στον 1ο βαθμό 0%
- στο 2ο βαθμό με περιόδους Wenckebach ή με αποκλεισμό 2:1 5-10%
- σε μεγαλύτερου βαθμού αποκλεισμό (3:1, 41, 5:1) και ανάλογα με τα συμπτώματα 35-67%
- σε 3ο βαθμό και ανάλογα με τα συμπτώματα 50-80%
- Σε μεγάλου βαθμού αποκλεισμούς απαιτείται η τοποθέτηση μόνιμου τεχνητού βηματοδότη.

2) ΠΕΡΙΠΛΑΝΩΜΕΝΟΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

Η καρδιακή συχνότητα είναι χαμηλότερη του φυσιολογικού με βηματοδότη που μετακινείται μέσα στο φλεβόκομβο (στο ουραίο τμήμα του), στο κολπικό μυοκάρδιο ή στον κολποκοιλιακό κόμβο και πάλι πίσω στο φλεβόκομβο.

Το ΗΚΓ δείχνει συνεχή μεταβολή του σχήματος του επάρματος P και μικρές μεταβολές του διαστήματος P-R.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Είναι καλοήθης αρρυθμία και δεν φέρει ποσοστό αναπηρίας.

3) ΚΟΜΒΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Είναι ρυθμός εκ διαφυγής από έκτοπο κέντρο που βρίσκεται στον κολποκοιλιακό κόμβο. Η καρδιακή συχνότητα κυμαίνεται από 35 - 60/1'.

Το ΗΚΓ δείχνει αρνητικό έπαρμα P στις απαγωγές II, III και AVF το οποίο μπορεί να προηγείται ή να έπεται του συμπλέγματος QRS ή και να συμπίπτει με το QRS οπότε και δεν διακρίνεται. Συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα εκτός εάν υπάρχει μεγάλη βραδυκαρδία.

Εμφανίζεται σε παθήσεις του φλεβοκόμβου, στην οξεία μετεμφραγματική περίοδο, σε δακτυλιδισμό, παρασυμπαθητικοτονία κ.λπ.

Ο ασυμπτωματικός κομβικός ρυθμός δεν φέρει ποσοστό αναπηρίας.

Ο συμπτωματικός κομβικός ρυθμός (ζάλη, λιποθυμικές ή συγκοπτικές κρίσεις) έχει ανάγκη τεχνητής βηματοδοτήσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Προ της βηματοδοτήσεως 50-80%
- Μετά τη βηματοδότηση 35-50%

4) ΙΔΙΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Είναι ρυθμός εκ διαφυγής από έκτοπο κέντρο που βρίσκεται στο κοιλιακό μυοκάρδιο (συνήθως στις ίνες Purkinje). Η καρδιακή συχνότητα είναι χαμηλή, συνήθως κάτω από 40 παλμούς/1'. Είναι παροδικός (όπως σε περιπτώσεις υποξαιμίας ή κατά την πρώιμη μετεμφραγματική περίοδο) ή μόνιμος (όπως στις περιπτώσεις πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού ή σε προχωρημένα στάδια καρδιακών παθήσεων).

Στο ΗΚΓ το σύμπλεγμα QRS είναι ανώμαλο, διευρυμένο όπως στις έκτακτες κοιλιακές συστολές, το δε έπαρμα T έχει κατεύθυνση αντίθετη του επάρματος R.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από την υποκείμενη νόσο (π.χ. πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός, καρδιακή ανεπάρκεια κ.λπ.).

5) ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ (ΚΚΑ)

I. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Ο 1ος βαθμός κολποκοιλιακού αποκλεισμού οφείλεται στην επιμήκυνση της κολποκοιλιακής αγωγής που εκδηλώνεται στο ΗΚΓ ως παράταση του διαστήματος P-R. Δεν προσδίδει ποσοστό αναπηρίας.

II. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Ο 2ος βαθμός ΚΚΑ χαρακτηρίζεται από αποτυχία μερικών (αλλά όχι όλων) κολπικών ώσεων να φθάσουν τις κοιλίες σε μια καρδιά όπου οι κοιλίες συνήθως ελέγχονται από το φλεβόκομβο. Υπάρχουν δύο τύποι α) ο τύπος Mobitj 1 με προοδευτική επιμήκυνση του διαστήματος P-R και, τέλος, αποκλεισμό ενός κοιλιακού παλμού και β) ο τύπος Mobitj 2 - λιγότερο συχνός - κατά τον οποίο η ελλείπουσα κοιλιακή συστολή συμβαίνει χωρίς προηγούμενη επιμήκυνση του διαστήματος P-R.

Αιτιολογία: Λοιμώξεις, συγγενείς καρδιοπάθειες, ερεθισμός του πνευμονογαστρικού νεύρου, στεφανιαία νόσος, εκφυλιστικές αλλοιώσεις του συστήματος της κολποκοιλιακής αγωγής, φάρμακα.

Η διάγνωση τίθεται με το ΗΚΓ. Το ηλεκτρόγραμμα του δεματίου του HIS θέτει τη σωστή τοπογραφική διάγνωση.

Ο ΚΚΑ 2ου βαθμού, κυρίως ο τύπος Mobitj 2, συνήθως συνυπάρχει με οργανική καρδιοπάθεια και θεωρείται σοβαρή κατάσταση, επειδή μπορεί να προκαλέσει κρίσεις Adams-Stokes. Σ' αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται εμφύτευση βηματοδότη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- ΚΚΑ 2ου βαθμού χωρίς ισχαιμική καρδιοπάθεια και χωρίς συγκοπτικές κρίσεις 30-50%
- ΚΚΑ 2ου βαθμού επί εδάφους ισχαιμικής καρδιοπάθειας ... 35% και επιπροστίθεται στο Π.Α. της ισχαιμικής καρδιοπάθειας του αρρώστου.
- ΚΚΑ 2ου βαθμού με συγκοπτικές κρίσεις .... 67 και 80% (αναλόγως της συχνότητας των κρίσεων).

- ΚΚΑ 2ου βαθμού μετά τη βηματοδότηση και για 1 χρόνο...80%
- Μετά την πάροδο του ενός έτους και εφ' όσον η εμφύτευση είχε ευτυχή αποτελέσματα........35-67% (αναλόγως του επαγγέλματος, της ηλικίας και της υπάρχουσας ή μη σοβαρής οργανικής καρδιοπάθειας)

III. ΠΛΗΡΗΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ (ΠΚΑ)

Ο 3ος βαθμός κολποκοιλιακού αποκλεισμού λέγεται και πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Κατ' αυτόν οι κόλποι συστέλλονται ανεξάρτητα από τις κοιλίες. Η καρδιακή συχνότητα κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 30 και 40 παλμών το 1'.

Ο πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός (ΠΚΑ) διακρίνεται σε συγγενή (3-8%) και σε επίκτητο.

Ο συγγενής ΠΚΑ είναι συνήθως ασυμπτωματικός, η πρόγνωση είναι πολύ καλή, αν και έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις με κρίσεις Adams-Stokes. Οι καρδιακοί παλμοί είναι περισσότεροι από ό,τι συμβαίνει στον επίκτητο ΠΚΑ και με την άσκηση είναι δυνατόν να φθάσουν και τους 100 παλμούς το 1'. Συνήθως πρόκειται περί μονήρους συγγενούς βλάβης. Αν δεν πρόκειται περί μονήρους βλάβης η μεσοκοιλιακή επικοινωνία είναι η συχνότερη συγγενής καρδιοπάθεια με την οποία συνδυάζεται.

Το ποσοστό αναπηρίας του συγγενούς ΠΚΑ χωρίς κρίσεις Adams-Stokes και χωρίς άλλη συγγενή καρδιοπάθεια δεν υπερβαίνει το 5%.

Ο επίκτητος ΠΚΑ (όπως και όλοι οι τύποι των κολποκοιλιακών αποκλεισμών) μπορεί να είναι μόνιμος ή παροδικός. Οφείλεται σε βλάβη του κολποκοιλιακού κόμβου, του δεματίου του His ή των σκελών. Η συνηθέστερη αλλοίωση είναι η ίνωση του συστήματος αγωγής των ερεθισμάτων εκφυλιστικής αιτιολογίας. Αλλά και φλεγμονώδεις, διηθητικές και τραυματικές αλλοιώσεις είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση του ΠΚΑ.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ασβεστωμένη αορτική βαλβίδα, η ρευματική καρδιοπάθεια, η συφιλιδική καρδιοπάθεια, τα νεοπλάσματα, οι λοιμώξεις και διάφορα φάρμακα π.χ. δακτυλίτιδα, αναφέρονται στην αιτιολογία της πάθησης.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το βαθμό της βραδυκαρδίας, την ηλικία του ασθενούς, την κατάσταση του καρδιακού μυός. Αίσθημα καρδιακών παλμών, εύκολη κόπωση, δύσπνοια, προκάρδια άλγη, κρίσεις ζάλης ή και συγκοπτικές κρίσεις.

Η διάγνωση τίθεται με το ΗΚΓ το οποίο χαρακτηρίζεται από κοιλιακά, ρυθμικά συμπλέγματα, σε συχνότητα 20-40 συστολών το 1', ενώ οι κόλποι - συνήθως - συστέλλονται με φυσιολογική συχνότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........80%

Μετά την επιτυχή βηματοδότηση το ποσοστό αναπηρίας κυμαίνεται από 35-67%. Η μεγάλη αυτή διακύμανση οφείλεται στην ύπαρξη ή μη σοβαρής οργανικής καρδιοπάθειας, στη μικρή ή μεγάλη ηλικία του ασθενούς και στο είδος του επαγγέλματός του.

Σοβαρά λαμβάνονται υπόψη τα επαγγέλματα που έχουν σχέση με τα μηχανήματα που είναι δυνατόν να επηρεάσουν το βηματοδότη, επίσης που έχουν σχέση με οδήγηση μεγάλων οχημάτων ή με διακυβέρνηση αεροπλάνων, ή επαγγέλματα στα οποία ο εργαζόμενος είναι υποχρεωμένος να σηκώνει βαριά αντικείμενα.

6) ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΟΣΟΥΝΤΟΣ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟΥ

Αποτελεί μια ποικιλία συνδρόμων, κατά τα οποία υπάρχει ανεπαρκής λειτουργία του φλεβοκόμβου. Η ανεπαρκής αυτή λειτουργία έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της αιματώσεως του εγκεφάλου, που - ανάλογα με το βαθμό της - εκδηλώνεται με ζάλη, προλιποθυμικές καταστάσεις ή ακόμη και συγκοπτικές κρίσεις.

Αιτιολογία: Η συχνότερη αιτία είναι η στεφανιαία καρδιοπάθεια και κατά δεύτερο λόγο η προοδευτική εκφύλιση της φλεβοκομβο - κολπικής αγωγής και οι μυοκαρδιοπάθειες. Τα σύνδρομα αυτά προκαλούνται πιο συχνά από ανώμαλη φλεβοκομβο κολπική αγωγή και σπανιότερα από ανώμαλη λειτουργία του ίδιου του φλεβόκομβου.

Συμπτώματα: Οι πιο συχνές μορφές της δυσλειτουργίας του φλεβοκόμβου έχουν σχέση με διαλείποντα φλεβοκομβο - κολπικό αποκλεισμό, ο οποίος μπορεί να παρουσιάζεται με διάφορους βαθμούς: από τον φλεβοκομβο - κολπικό τύπο Wenckebach μέχρι την πλήρη παύση του φλεβοκόμβου.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής - αδυναμία, ζάλη, προσυγκοπτικές καταστάσεις ή απώλεια της συνειδήσεως - εξαρτώνται από τη διάρκεια της ασυστολικής περιόδου.

Η δεύτερη σε συχνότητα μορφή του συνδρόμου είναι της "ταχυκαρδίας - βραδυκαρδίας". Επεισόδια παροξυντικής υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας, πτερυγισμού ή κολπικής μαρμαρυγής ακολουθούνται από - ποικίλουσας χρονικής διάρκειας - καταστολή της φλεβοκομβο - κολπικής αγωγής. Ενίοτε οι ασθενείς

εμφανίζουν μόνιμη φλεβοκομβική βραδυκαρδία, που μπορεί να έχει ως συνέπεια την αδυναμία και το λήθαργο.

Η διάγνωση γίνεται με το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Συχνά απαιτείται 24ωρη καταγραφή Holter. Επίσης χρησιμοποιείται ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος. Σε συμπτωματικούς ασθενείς η θεραπεία είναι η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη.

Τα ποσοστά αναπηρίας κυμαίνονται ανάλογα με τα συμπτώματα του αρρώστου:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.............................. 20-50%
- Σε συμπτωματικούς ασθενείς 67-80%

Μετά τη βηματοδότηση ισχύουν τα ίδια ποσοστά αναπηρίας με αυτά που αναφέρονται στο κεφάλαιο του κολποκοιλιακού αποκλεισμού.

7) ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΡΟΔΙΕΓΕΡΣΕΩΣ

Πρόκειται περί συνδρόμων κοιλιακής προδιεγέρσεως. Το ανατομικό υπόστρωμα είναι είτε μια επιπρόσθετη κολποκοιλιακή σύνδεση που παρακάμπτει τον κολποκοιλιακό κόμβο (δεμάτιο Kent, ίνες Mahaim), είτε μια επιπρόσθετη κολποδεματιακή οδός που συνδέει το κολπικό μυοκάρδιο με το δεμάτιο του His (δεμάτιο James). Η δεύτερη αυτή περίπτωση είναι σπάνια.

I. ΣΥΝΔΡΟΜΟ WOLFF - PARKINSON - WHITE (W-P-W)

Τα τυπικά ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα του συνδρόμου WPW είναι το βραχύ P-R διάστημα και το ευρύ QRS με το χαρακτηριστικό κύμα Δ (δέλτα). Ο διαλείπων χαρακτήρας της προδιέγερσης ή ο πολύ μικρός βαθμός προδιέγερσης είτε η ύπαρξη αποκεκρυμένου έκτοπου δεματίου είναι δυνατόν να κάνει τη διάγνωση του συνδρόμου προβληματική ή αμφίβολη.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η διάγνωση - ή η επιβεβαίωση της διάγνωσης - γίνεται με ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο. Ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος έχει και προγνωστική αξία. Μπορεί να διαχωρίσει τις σοβαρές μορφές του συνδρόμου από τις ελαφρότερες, μετρώντας π.χ. την ανερέθιστη περίοδο. Όσο μικρότερη είναι η ανερέθιστη περίοδος τόσο σοβαρότερη είναι η νόσος.

Αυτό που κυρίως έχει σημασία στο σύνδρομο WPW είναι η σχέση με τη συχνή εμφάνιση ταχυκαρδιών σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών, αλλά και αιφνιδίων θανάτων σ' ένα περιορισμένο αριθμό ασθενών. Η συχνότερα εμφανιζόμενη ταχυκαρδία είναι η παροξυντική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία του τύπου της επανεισόδου.

Επίσης μπορεί να εμφανισθεί κολπικός πτερυγισμός και κολπική μαρμαρυγή. Σε ασθενείς με πολύ βραχεία ορθόδρομη ανερέθιστη περίοδο του δεματίου η εμφάνιση κολπικού πτερυγισμού ή κολπικής μαρμαρυγής με πολύ βραχύ R - R διάστημα ενέχει τον κίνδυνο της εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής.

Θεραπεία: α) φαρμακευτική, β) αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση, γ) καταστροφή του παραπληρωματικού δεματίου με εγχείρηση ή ηλεκτρική εκκένωση μέσω καθετήρα ηλεκτροδίου, μετά την εντόπιση του δεματίου (ή των πολλαπλών δεματίων) με διαφλέβια ενδοκαρδιακή ή διεγχειρητική χαρτογράφηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς χωρίς ιστορικό αρρυθμιών 0-5%
- Σε συμπτωματικούς ασθενείς με συχνές κρίσεις αρρυθμιών..35-67% (αναλόγως της συχνότητας, διάρκειας και βαρύτητας των αρρυθμιών)

II. ΣΥΝΔΡΟΜΟ LOWN - GANONG - LEVINE

Χαρακτηρίζεται από βραχύ P - R διάστημα. Το QRS διατηρεί το φυσιολογικό του εύρος και δεν εμφανίζει κύμα δέλτα (Δ). Οφείλεται 1) σε παραπληρωματική οδό (ίνες James) που συνδέει το κολπικό μυοκάρδιο με το δεμάτιο του His, 2) σε επιτυχυνόμενη αγωγή του ερεθίσματος μέσω της φυσιολογικής οδού αγωγής.

Η εμφάνιση αρρυθμιών (υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας, κολπικού πτερυγισμού, κολπικής μαρμαρυγής) είναι σπανιότερη σε σύγκριση με το σύνδρομο WPW.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς...0%
- Σε συμπτωματικούς ασθενείς με κρίσεις ταχυαρρυθμιών......35-67% (αναλόγως της συχνότητας, διάρκειας και βαρύτητας των αρρυθμιών).

8) ΣΚΕΛΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ

Η καρδιακή ώση, που ξεκινά από το φλεβόκομβο, ακολουθεί μια φυσιολογική οδό μέχρι τον τριχασμό του δεματίου του His.

Σ' αυτό το σημείο - σε περιπτώσεις σκελικού αποκλεισμού - η πρόοδος της αγωγής της ώσης είτε καθυστερεί είτε διακόπτεται σ' ένα από τα τρία σκέλη του δεματίου (δεξιό σκέλος, αριστερό πρόσθιο ημισκέλος, αριστερό οπίσθιο ημισκέλος), δίνοντας μια χαρακτηριστική εικόνα στο σύμπλεγμα QRS αναλόγως εάν ο αποκλεισμός είναι του δεξιού σκέλους, του αριστερού σκέλους ή των ημισκελών.

Η συνηθέστερη αιτία των σκελικών αποκλεισμών είναι η εκφύλιση του συστήματος αγωγής.

I. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ

Εμφανίζεται στη στεφανιαία, υπερτασική και ρευματική καρδιοπάθεια, σε συγγενείς καρδιοπάθειες, μυοκαρδίτιδες ή χρόνιες πνευμονοπάθειες. Είναι δυνατόν όμως, να εμφανισθεί και σε άτομα που δεν παρουσιάζουν καμμία καρδιοπάθεια.

II. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ

Εμφανίζεται συνήθως σε παθήσεις της αριστεράς κοιλίας (υπερτασική καρδιοπάθεια, στεφανιαία καρδιοπάθεια, μυοκαρδιοπάθεια). Μπορεί όμως να εμφανισθεί και ως μονήρης βλάβη χωρίς υποκείμενη καρδιοπάθεια (καλοήθης αποκλεισμός).

Ο αποκλεισμός του αριστερού σκέλους δημιουργεί ορισμένες διαγνωστικές δυσκολίες διότι 1) συσκοτίζει ηλεκτροκαρδιογραφικώς το έμφραγμα μυοκαρδίου, 2) αμβλύνει τα ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, 3) καθιστά επισφαλή τα αποτελέσματα της δοκιμασίας κοπώσεως, 4) προκαλεί παράδοξη κινητικότητα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος στο υπερηχοκαρδιογράφημα και 5) στο σπινθηρογράφημα του μυοκαρδίου με θάλλιο, δημιουργεί κενοτόπια στην προσθιοδιαφραγματική περιοχή, που εμφανίζονται κατά την επανακυκλοφορία, παρέχοντας απατηλή εικόνα προσθιοδιαφραγματικής ισχαιμίας.

Γενικώς, η πρόγνωση των σκελικών αποκλεισμών είναι συνάρτηση της υποκειμένης νόσου και δεν φαίνεται να δικαιολογείται η παλαιότερη εντύπωση ότι ο αποκλεισμός έχει ανεξάρτητη πρόγνωση, πλην των περιπτώσεων νεοεμφανιζομένων αποκλεισμών σε άρρενες ηλικίας άνω των 60 ετών τότε ο νεοεμφανιζόμενος αποκλεισμός αποτελεί ανεξάρτητο δυσμενές στοιχείο.

Τέλος, λέγοντας καλοήθη αποκλεισμό εννοούμε τον αποκλεισμό που εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 50 ετών, ως επί το πλείστον άρρενες με φυσιολογικό άξονα και διάρκεια QRS κάτω των 0,16 και με αρνητικό καρδιολογικό έλεγχο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις επιτρέπουμε και σε κυβερνήτες αεροπλάνων την εξάσκηση του επαγγέλματός τους.

Η συνύπαρξη πλήρους αποκλεισμού του δεξιού σκέλους και του αριστερού ημιαποκλεισμού (διδεσμικός αποκλεισμός) είναι δυνατό να προδιαθέσει στην εμφάνιση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Με βάση τα ανωτέρω εκτεθέντα, κρίνουμε ότι τα ποσοστά αναπηρίας των σκελικών αποκλεισμών εξαρτώνται από τη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου.

ΜΟΝΙΜΗ ΤΕΧΝΗΤΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Ενδείξεις

1. Επίκτητος κολποκοιλιακός αποκλεισμός (α) πλήρης, β) δευτέρου βαθμού - συμπτωματικός ή όταν απαιτείται η χορήγηση β-αναστολέων).
2. Χρόνιος διδεσμικός ή τριδεσμικός αποκλεισμός με διαλείποντα πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό ή με 2ου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό.
3. Σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου.
4. Σύνδρομο υπερευαίσθητου καρωτιδικού κόλπου με ιστορικό συγκοπτικών κρίσεων.
5. Ταχυκαρδίες που διατηρούνται με το μηχανισμό επανεισόδου παρά την εφαρμοσθείσα φαρμακευτική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούνται αντιταχυκαρδιακοί βηματοδότες.

Είδη τεχνητής βηματοδότησης

Τρία κυρίως είδη βηματοδότησης υπάρχουν: 1) Σύγχρονη ή συνεχής κοιλιακή βηματοδότηση, 2) κατ' επίκληση κοιλιακή βηματοδότηση και 3) κολπο-κοιλιακή βηματοδότηση.

Η επιλογή του κατάλληλου τύπου βηματοδότησης προϋποθέτει βαθιά γνώση γύρω από την τεχνητή βηματοδότηση της καρδιάς και αποτελεί ακόμη και σήμερα αντικείμενο περισυλλογής.

Το ΗΚΓ στα άτομα που φέρουν βηματοδότη δείχνει διευρυσμένα QRS όπως σε αποκλεισμό του αριστερού σκέλους και χρονικώς ανεξάρτητα από τα επάρματα P που προέρχονται από το φλεβόκομβο. Αμέσως πριν από κάθε σύμπλεγμα QRS διακρίνεται

το σήμα (spike) του τεχνητού ηλεκτρικού ερεθίσματος.

Ο έλεγχος της λειτουργίας του βηματοδότη γίνεται με

1) τη μέτρηση των σφύξεων (η καρδιακή συχνότητα δεν πρέπει να ελαττωθεί περισσότερο από 5 συστολές το 1')
2) το ηλεκτροκαρδιογράφημα
3) τη χρησιμοποίηση ενός Transistor radio
4) την εξωτερική εφαρμογή μαγνήτη και
5) με την ανάλυση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων με παλμογράφο, που είναι και ο ασφαλέστερος τρόπος ελέγχου του βηματοδότη. Για τον έλεγχο της θέσης της γεννήτριας και του ή των καλωδίων είναι χρήσιμη η ακτινογραφία του θώρακος.

Επιπλοκές

1) Μετατόπιση ηλεκτροδίου, 2) σύσπαση διαφράγματος, 3) θραύση του καθετήρα ή του ηλεκτροδίου, 4) άνοδος του ουδού διέγερσης, 5) εμφάνιση ανταγωνιστικού ρυθμού, 6) παρείσφρηση μυοδυναμικών, 7) θρόμβωση της υποκλείδιας φλέβας, 8) κακή σύνδεση βηματοδότη και ηλεκτροδίου, 9) μόλυνση της γεννήτριας ή του ηλεκτροδίου, 10) πρώιμη εξάντληση, 11) πρόκληση αρρυθμιών, 12) πρόκληση διαταραχών επαναπολώσεως του μυοκαρδίου στον αυτόματο καρδιακό ρυθμό, 13) σύνδρομο του βηματοδότη.

Οι τεχνητοί βηματοδότες είναι ηλεκτρονικές κατασκευές και δυνητικά η λειτουργία τους μπορεί να επηρεασθεί από παράσιτα, που προκαλούνται από τη λειτουργία άλλων συσκευών ή πηγών ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων που βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από το βηματοδότη.

Ολοι οι σύγχρονοι βηματοδότες έχουν προστατευτικά κυκλώματα εναντίον των παρασίτων που δημιουργούνται από την επίδραση του ηλεκτρικού ρεύματος και των ηλεκτρομαγνητικών πεδίων.

Πηγές ηλεκτρομαγνητικών πεδίων

α) Οικιακό περιβάλλον: μικρές ηλεκτρικές συσκευές, τηλεοράσεις, υπολογιστές, φούρνοι μικροκυμάτων, έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη λειτουργία του βηματοδότη. Η οδήγηση αυτοκινήτου είναι ασφαλής εφόσον η λειτουργία σε μηχανή του αυτοκινήτου (διανομέας σπείρα) βρίσκεται σε απόσταση μεγαλύτερη των 30 εκ. από τη γεννήτρια του βηματοδότη.

β) Βιομηχανικό περιβάλλον: βιομηχανικοί μαγνήτες, ηλεκτροσυγκολλητές μετάλλων, ηλεκτρικοί κλίβανοι, ηλεκτρικά σύρματα υψηλής τάσεως έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη λειτουργία του βηματοδότη.

γ) Αλλες εξωτερικές συσκευές: οι ανιχνευτές μετάλλων των αεροδρομίων και τα αντικλεπτικά συστήματα ασφαλείας μπορούν να προκαλέσουν μικρές μεταβολές στη βηματοδότηση παρόλο ότι είναι μικρής ισχύος όπως επίσης τούτο μπορεί να συμβεί με τους διακόπτες που ενεργοποιούνται με την απλή επαφή.

δ) Συσκευές μέσα στο νοσοκομείο: οι θεραπευτικές υπερθερμίες βραχέων κυμάτων, η ηλεκτροκαυτηρίαση, οι απινιδωτές είναι πηγές ηλεκτρομαγνητικών πεδίων και μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στο σύστημα βηματοδότησης. Επίσης οι μαγνητικοί τομογράφοι και ο ηλεκτρικός βελονισμός έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν στη λειτουργία του βηματοδότη.

Από την άποψη, τέλος, της ικανότητας προς εργασία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα τελευταία χρόνια επιτεύχθηκε η κατασκευή βηματοδοτών, που έχουν τη δυνατότητα αυτόματης προσαρμογής της βηματοδοτικής καρδιακής συχνότητας (βηματοδότες μεταβαλλόμενης ή αυτορυθμιζόμενης συχνότητας) ανάλογα με τη σωματική δραστηριότητα των ασθενών.

Η χρησιμοποίηση αυτών των βηματοδοτών που "αναγνωρίζουν" τις φυσιολογικές ανάγκες του οργανισμού ενδείκνυται ιδιαίτερα σ' εκείνους τους ασθενείς που ωφελούνται από την αύξηση της καρδιακής συχνότητας κατά την κόπωση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μετά τα λεχθέντα περί τη μόνιμη τεχνητή βηματοδότηση της καρδιάς επιτρέπεται να συμπεράνουμε ότι για τον προσδιορισμό των ποσοστών αναπηρίας των αρρώστων που φέρουν βηματοδότη θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

1) Η ανωμαλία της αγωγής ή του ρυθμού για την οποία έγινε η τοποθέτηση του βηματοδότη
2) Η υποκείμενη νόσος που δημιούργησε την ανωμαλία αυτή
3) Η ύπαρξη ή απουσία επιπλοκών από το βηματοδότη
4) Το επάγγελμα του αρρώστου.

1.5.2. Στηθάγχη

Ορισμός: Κλινικό σύνδρομο οφειλόμενο σε παροδική ισχαιμία του μυοκαρδίου και χαρακτηριζόμενο από επεισόδια οπισθοστερνικού άλγους ή πιέσεως ή δυσφορίας κυρίως μετά από προσπάθεια, διάρκειας ολίγων λεπτών και παρερχόμενο με την

ανάπαυση ή τη λήψη νιτρωδών. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο πόνος εντοπίζεται σε άλλη περιοχή του θώρακα, στους βραχίονες, τους αγκώνες, τους καρπούς, τον τράχηλο, την κάτω γνάθο.

Διάγνωση: 1) Δυνατόν να τίθεται με το κλασσικό ΗΚΓ κυρίως κατά την ώρα της κρίσεως, 2) ΗΚΓ μετά κόπωση, 3) ΗΚΓ κατά Holter, 4) σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με θάλλιο (Tl 201), 5) στεφανιογραφία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του σταδίου
- Στάδιο Ι: Η συνηθισμένη φυσική δραστηριότητα της καθημερινής ζωής δεν προκαλεί στηθαγχικό άλγος 35%
- Στάδιο ΙΙ: Μικρού βαθμού περιορισμός της συνηθισμένης φυσικής δραστηριότητας προκαλεί συμπτώματα 50%
- Στάδιο ΙΙΙ: Μέτριου έως σοβαρού βαθμού περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας προκαλεί στηθαγχικό άλγος 67-80%
- Στάδιο IV: Εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την ανάπαυση .100%

Τα ανωτέρω κλινικά στάδια θα πρέπει να εκτιμώνται και να συσχετίζονται αναλόγως με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών ευρημάτων (δοκιμασία κοπώσεως, θάλλιο κ.λπ.).

• ΣΤΗΘΑΓΧΗ PRINZMETAL

Είναι στηθάγχη που οφείλεται σε σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών και χαρακτηρίζεται από:
1) Στηθαγχικό πόνο ηρεμίας που εμφανίζει συχνά κιρκαδιανή κατανομή (με ιδιαίτερη προτίμηση τις πρώτες πρωινές ώρες).
2) Παροδική ανάσπαση του διαστήματος ST(>1 mm), η οποία αποκαθίσταται το πολύ εντός 30′ και καταλείπει κατά κανόνα φυσιολογικό ΗΚΓ.
3) Απουσία αυξήσεως των μυοκαρδιακών ενζύμων μετά τη στηθαγχική κρίση.

Διαγνωστικές μέθοδοι
1) ΗΚΓ κατά τη στηθαγχική κρίση
2) ΗΚΓ συνεχούς καταγραφής (Holter)
3) Δοκιμασία κοπώσεως
4) Δοκιμασία με εργονοβίνη: Προκαλεί σπασμό σε επιρρεπείς ασθενείς (θετική δοκιμασία) με αποτέλεσμα α) στο κλινικό επίπεδο την εμφάνιση του στηθαγχικού πόνου, β) στο ΗΚΓ την παρουσία ανασπάσεως του ST, γ) στη στεφανιογραφία ελάττωση του εύρους του αυλού του αγγείου κατά 75% τουλάχιστον.

Επιπλοκές της δοκιμασίας: σοβαρές αρρυθμίες, επίμονος σπασμός ανθεκτικός στην τρινιτρίνη, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, θάνατος.

Αντενδείξεις: οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, διαταραχές εγκεφαλικής κυκλοφορίας, πολλαπλές στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών άνω του 50%.

Προφυλάξεις, συστάσεις: Είναι απαραίτητη η αιμοδυναμική και ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση του αρρώστου. Πρέπει να υπάρχει έτοιμος δεξιός κοιλιακός βηματοδότης. Η δοκιμασία είναι ασφαλέστερη στην αίθουσα καθετηριασμού της καρδιάς.

5) Αλλες δοκιμασίες λιγότερο αξιόπιστες από τη δοκιμασία της εργονοβίνης είναι η πρόκληση σπασμού με την αναπνευστική ή και τη μεταβολική αλκάλωση, η δοκιμασία "ψυχρού ύδατος", η συνδυασμένη χορήγηση προπρανολόλης και επινεφριδίνης κ.ά.

Πρόγνωση και βαρύτητα της παθήσεως: Εξαρτάται από τη συχνότητα και επιμονή του στηθαγχικού πόνου και τις δύο βασικές επιπλοκές του συνδρόμου: τις σοβαρές αρρυθμίες και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με την προαναφερόμενη βαρύτητα της νόσου 35-80%

• ΣΥΝΔΡΟΜΟ Χ

Πρόκειται για τη συνύπαρξη των εξής χαρακτηριστικών:
1) Στηθάγχης
2) Αγγειογραφικώς φυσιολογικών στεφανιαίων αρτηριών, δηλαδή αρτηριών που δεν εμφάνίζουν αθηρωμάτωση που να αποκαλύπτεται στη στεφανιαία αρτηριογραφία
3) Μη εμφανίσεως σπασμού ακόμη και μετά εργονοβίνη στις μεγάλες και ορατές αρτηρίες (η στεφανιογραφία μπορεί να περιλάβει μόνο τα κύρια επικαρδιακά αγγεία και τους 2ης, 3ης και ενδεχομένως 4ης τάξεως κλάδους)
4) Αυξημένης αγγειοσυσπαστικής τάσης των μικρών ενδομυοκαρδιακών - μη ορατών, με τις τρέχουσες αγγειογραφικές τεχνικές, αγγείων (μικροαγγειακή στηθάγχη)
5) Θετικής δοκιμασίας κοπώσεως.

Το σύνδρομο Χ είναι μία συγκεκριμένη κλινική οντότητα που πιθανότατα αποτελεί επί μέρους εκδήλωση γενικευμένης αγγειακής δυσλειτουργίας. Η διάγνωση θα τεθεί σε άτομα που εμφανίζουν στηθάγχη, έχουν θετική δοκιμασία κοπώσεως, αρνη-

τική δοκιμασία εργονοβίνης και αρνητική στεφανιαία αρτηριογραφία.

Περαιτέρω διαγνωστικές μέθοδοι περιλαμβάνουν:

1) Την ενδοφλέβια χορήγηση διπυριδαμόλης προκειμένου να παραχθεί στηθάγχη με ή χωρίς κατάσπαση του ST.
2) Το ραδιοϊσοτοπικό έλεγχο του κλάσματος εξωθήσεως κατά την άσκηση οπότε η ανεπαρκής ανταπόκριση αυτού συνηγορεί υπέρ μικροαγγειακής ισχαιμίας (αποκλειομένων, φυσικά, άλλων παθήσεων, π.χ. μυοκαρδιοπάθειες κ.λπ.).
3) Τη μελέτη της στεφανιαίας αγγειοδιατατικής εφεδρείας ροής αίματος (σε εξειδικευμένο κέντρο).

Η πρόγνωση είναι γενικώς καλή παρά την επιμονή των ενοχλημάτων πρόκειται για μια όχι ιδιαίτερα προοδευτική πάθηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τη συχνότητα των ενοχλημάτων και το επάγγελμα του αρρώστου 25-50%

• ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ορισμός: Είναι η νέκρωση του μυοκαρδίου η οποία επέρχεται συνήθως μετά από ανάπτυξη θρόμβου σε αθηροσκληρυντική πλάκα του έσω χιτώνα που έχει ήδη προκαλέσει στένωση του αυλού τουλάχιστον 75-80%.

Αίτια: Η αθηροσκλήρυνση είναι κατ' εξοχήν υπεύθυνη σε ποσοστό άνω του 90%. Τα μη αθηροσκληρυντικής αιτιολογίας εμφράγματα είναι σπάνια και μπορούν να οφείλονται σε αρτηρίτιδες, τραυματισμούς των αρτηριών, μεταβολικές νόσους (π.χ. αμυλοείδωση), σπασμό στεφανιαίας αρτηρίας, εμβολές από ενδοκαρδίτιδα, πρόπτωση μιτροειδούς, καρδιακό μύξωμα, επίσης μυοκαρδιακές γέφυρες, συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών, αιματολογικές νόσους κ.ά.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου ανατομοπαθολογικώς χαρακτηρίζεται:

1) ως οξύ από την ημέρα της εγκαταστάσεώς του και μέχρι 10 ημερών
2) ως πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου μέχρι 30 ημερών από την ημέρα της εγκαταστάσεώς του και
3) ως παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου θεωρείται το μετά την 30ή ημέρα από της εγκαταστάσεώς του μέχρι την 90ή ημέρα.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου θεωρείται ασφαλιστικώς ως:

1) πρόσφατο μέχρι συμπληρώσεως 6μήνου από της εγκαταστάσεώς του
2) σχετικώς πρόσφατο μέχρι συμπληρώσεως έτους από της εγκαταστάσεώς του και
3) παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου μετά παρέλευση έτους από της εγκαταστάσεώς του.

Διάγνωση: Η διάγνωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και η παρακολούθηση της πορείας του γίνεται με: 1) ΗΚΓ, 2) Υπερηχοκαρδιογράφημα, 3) Δοκιμασία κοπώσεως μετά την παρέλευση της οξείας φάσεως, 4) Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με Tl201, 5) Ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία και 6) Στεφανιογραφία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου 80-100%
- Πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου ή σχετικώς πρόσφατο 80%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου (σταθεροποιημένο) 50%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με αρνητική Δοκιμασία Κοπώσεως (ΔΚ) και αρνητικό σπινθηρογράφημα του μυοκαρδίου με Θάλλιο (Tl) υπό κόπωση και σε ηρεμία 35-50%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Δ.Κ.(+) 67-80%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Tl201 (+) 67-80%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Δ. Κ. (-) 50%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Tl201 (-) 50%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Δ.Κ.(-) και Tl(+) 50-67%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Δ.Κ.(+) και Tl(-) 50-67%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με Δ.Κ.(+) και Tl(+) 80%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με καρδιακή ανεπάρκεια και αναλόγως του βαθμού βαρύτητας .... 67-80% και άνω
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με έκδηλη καρδιακή ανεπάρκεια (στάδιο IV) .... >80%
- Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου με διαταραχές ρυθμού ... 50-80%

Στην τελική εκτίμηση του Π.Α. πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης του ασφαλισμένου και λοιπά.

• ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

(Συνώνυμα: Ενδιάμεση στεφανιαία συνδρομή, προεμφραγματική στηθάγχη, επαπειλούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου). Χαρακτηρίζεται από κρίσεις στηθαγχικού άλγους ανεξαρτήτως σωματικής προσπαθείας, συγκινήσεως ή άλλων σωματικών παραγόντων και συμβαίνει κυρίως κατά την ανάπαυση. Πρόκειται για στηθάγχη νέας ενάρξεως ή επιβάρυνση προηγουμένης σταθερής στηθάγχης.

Η διάρκεια της κρίσης είναι μικρή, μπορεί όμως να είναι και άνω των 20-30 λεπτών, οπότε και υποδηλώνει σοβαρή πρόγνωση της παθήσεως.

Η ασταθής στηθάγχη ανιχνεύεται κυρίως με ΗΚΓ Holter και ΗΚΓ στη φάση του πόνου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

1.5.3. Επίκτητες χρόνιες βαλβιδοπάθειες

1. ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Ορισμός: Περιορισμός του εύρους του στομίου της μιτροειδούς κάτω του φυσιολογικού.

Αιτιολογία: Σχεδόν πάντοτε οφείλεται στο ρευματικό πυρετό.

Συμπτώματα: Αναλόγως της βαρύτητας: δύσπνοια, εύκολη κόπωση, βήχας, αιμόπτυση, στηθάγχη.

Διάγνωση: α) Κλινικώς: 1ος τόνος έντονος, κλαγγή διανοίξεως της μιτροειδούς, διαστολικό κύλισμα. β) ΗΚΓ: σε φλεβοκομβικό ρυθμό P μιτροειδικό ή κολπική μαρμαρυγή. γ) Ακτινογραφία: διόγκωση αριστερού κόλπου (διπλή παρυφή), έντονη σκιαγράφηση πνευμονικών φλεβών στα ανώτερα πνευμονικά πεδία, γραμμές Kerley B. δ) Υπερηχοκαρδιογράφημα: μέτρηση στομίου της μιτροειδούς, διάταση αριστερού κόλπου, διαστολική κλίση. ε) Καθετηριασμός καρδίας.

Βαρύτητα: Είναι ανάλογη α) του εμβαδού του στομίου, β) της πιέσεως του αριστερού κόλπου, γ) της διαβαλβιδικής κλίσεως πιέσεως.

Φυσιολογικό εμβαδόν του στομίου 4-6 cm^2.

Μέση πίεση αριστερού κόλπου 6 mmHg.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- μικρού βαθμού στένωση μιτροειδούς (στόμιο πάνω από 2 cm^2) 5-10%
- μετρίου βαθμού (εύρος στομίου 1 - 2 cm^2) 35-50%
- μεγάλου βαθμού (εύρος στομίου κάτω του 1 cm^2 με πίεση αριστερού κόλπου πάνω από 20 mmHg) 67-80%
- στένωση μιτροειδούς με κολπική μαρμαρυγή 50-80%
- στένωση μιτροειδούς με μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα 80%
- στένωση μιτροειδούς με εμβολές, αναλόγως της συχνότητας, της εντοπίσεως και του αριθμού των εντοπίσεων 50-80%
- με πνευμονική υπέρταση και πίεση πνευμονικής πάνω από 100 mmHg 80%

- Μετά από χειρουργική επέμβαση (βαλβιδοτομή ή αντικατάσταση)
- χωρίς επιπλοκές 20-25%
- με επιπλοκές από την προσθετική βαλβίδα 67-80%
- με διατήρηση της κολπικής μαρμαρυγής 50-67%
- με διατήρηση της πνευμονικής υπερτάσεως 67-80%

2. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Ορισμός: Αδυναμία πλήρους συγκλείσεως της βαλβίδος με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση του αίματος από την αριστερά κοιλία προς τον αριστερό κόλπο κατά τη συστολική περίοδο.

Αιτιολογία: Η συνηθέστερη αιτία είναι ο ρευματικός πυρετός (συνήθως συνοδεύεται από στένωση της μιτροειδούς).

Μη ρευματικής αιτιολογίας ανεπάρκεια της μιτροειδούς οφείλεται σε πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, ρήξη τενόντιας χορδής, δυσλειτουργία-ρήξη θηλοειδούς μυός, μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια, διάταση του ινώδους μιτροειδικού δακτυλίου και ασβέστωση αυτού.

Συμπτώματα: Σε ελαφρού βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς οι πάσχοντες δεν παρουσιάζουν αιμοδυναμικές διαταραχές ή υποκειμενικά ενοχλήματα. Σε μέσου ή σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της βαλβίδας εμφανίζονται εύκολη κόπωση, αίσθημα προκαρδίων παλμών, δύσπνοια προσπάθειας μέχρι ορθοπνοίας και σε προχωρημένα στάδια της πάθησεως εμφανίζονται συμπτώματα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Διάγνωση:

α) Κλινικώς: Ολοσυστολικό φύσημα στην εστία ακροάσεως της μιτροειδούς (σε σοβαρή ανεπάρκεια της μιτροειδούς το φύσημα είναι εντάσεως 4/6 ή και παραπάνω). Επίσης σε μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς ακούγεται τρίτος τόνος και μεσοδιαστολικό κύλισμα λειτουργικής στενώσεως της μιτροειδούς.

β) ΗΚΓ: Σε μικρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς το ΗΚΓ είναι άνευ μεταβολών. Σε προοδευτική αύξηση του βαθμού ανεπαρκείας της βαλβίδος παρατηρούνται αύξηση των δυναμικών της αριστερής κοιλίας, διαταραχές επαναπολώσεως ως σημεία υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας και ενδεχομένως κολπική μαρμαρυγή.

γ) Ακτινογραφικά ευρήματα: Διόγκωση αριστερού κόλπου και

αριστερής κοιλίας και σημεία πνευμονικής συμφορήσεως (σε βαριές περιπτώσεις).

δ) Υπερηχοκαρδιογράφημα: Αναλόγως προς τη βαρύτητα, διάταση αριστερού κόλπου, διάταση αριστεράς κοιλίας με αυξημένη συσπαστικότητα, συστολικός διαχωρισμός των μιτροειδών βαλβίδων. Με το έγχρωμο ηχωκαρδιογράφημα και το ηχωκαρδιογράφημα Doppler είναι δυνατό να διαπιστωθεί η παλινδρόμηση αίματος. Με το Doppler γίνεται και αδρή εκτίμηση του βαθμού της παλινδρόμησης.

ε) Αριστερή κοιλιογραφία: Προσδιορίζεται ο βαθμός ανεπαρκείας της μιτροειδούς (παλινδρομήσεως) και ο βαθμός της πνευμονικής υπερτάσεως (με τη μέτρηση της πιέσεως της δεξιάς κοιλίας).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του επιπέδου βαρύτητας της νόσου.

- Προεγχειρητικά
- 1ο επίπεδο βαρύτητας: Ελαφρού βαθμού, χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα και αιμοδυναμικές διαταραχές 5-10%
- 2ο επίπεδο βαρύτητας: Κλινικά υποκειμενικά ενοχλήματα, ηλεκτροκαρδιογραφικά, ακτινολογικά και υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα υποδηλούντα μέσου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς 25-50%
- 3ο επίπεδο βαρύτητας: Μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς με εικόνα πνευμονικής συμφορήσεως, συμπτώματα δεξιάς καρδιακής ανεπαρκείας 67-80%
- Μετά από χειρουργική επέμβαση (αντικατάσταση ή βαλβιδοπλαστική)
- Χωρίς επιπλοκές από την προσθετική βαλβίδα και με καλούς δείκτες λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας π.χ. τελοσυστολική τάση προς κλάσμα εξώθησης 20-25%
- Με επιπλοκές από την προσθετική βαλβίδα 67-80%
- Μη αναστρέψιμη δυσλειτουργία της αρ. κοιλίας ... 80% και άνω

3. ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΗΣ

Ορισμός: Μείωση της ροής του αίματος μέσω εστενωμένου στομίου της αορτικής βαλβίδας.

Αιτιολογία: Ρευματική, συγγενής, ασβεστωμένη.

Συμπτώματα: Τα συμπτώματα αρχίζουν όταν το αορτικό στόμιο είναι περί το μισό cm^2.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι: 1) της εγκεφαλικής ισχαιμίας μετά κόπωση 2) της στηθάγχης 3) της αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας (η σοβαρότερη κλινική εκδήλωση).

Διάγνωση:

α) Κλινικώς: τραχύ συστολικό φύσημα εξωθήσεως, μείωση εντάσεως δεύτερου τόνου και σε προχωρημένου βαθμού 4ος τόνος και ανάστροφος διχασμός 2ου τόνου.

β) ΗΚΓ: Σημεία αριστερής κοιλιακής υπερτροφίας.

γ) Ακτινολογικά ευρήματα: Εικόνα συγκεντρικής υπερτροφίας αριστερής κοιλίας. Αύξηση των διαστάσεων της αριστερής κοιλίας παρατηρείται στο στάδιο διατάσεως αυτής και εικόνα μεταστενωτικής διατάσεως αορτής.

δ) Υπερηχοκαρδιογράφημα: Βαλβίδα πεπαχυμένη, δυσκίνητη και συχνά αποτιτανωμένη. Συγκεντρική υπερτροφία αριστεράς κοιλίας και ενίοτε μειωμένη κλίση E-F της προσθίας γλωχίνας της μιτροειδούς.

ε) Ο καθετηριασμός της καρδίας επιβεβαιώνει τη διάγνωση και καθορίζει το βαθμό βαρύτητας της παθήσεως.

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται: α) από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, β) από το εμβαδόν του στομίου της βαλβίδας και γ) από τη συστολική κλίση πιέσεως δια μέσου της βαλβίδας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Α) Προ εγχειρήσεως
- σε εμβαδόν στομίου άνω του 1 cm^2/m^2 επιφανείας σώματος και με κλίση πιέσεως κάτω των 50 mmHg 5-10%
- σε εμβαδόν στομίου 0,7-1 cm^2/m^2 επιφανείας σώματος και με κλίση πίεσεως άνω των 50 mmHg 50-67%
- σε εμβαδόν στομίου κάτω του 0,5 cm^2/m^2 επιφανείας σώματος και με κλίση πιέσεως άνω των 100 mmHg 80%
- σε καρδιακή ανεπάρκεια 80-100%

Β) Μετά από χειρουργική επέμβαση (αγγειοπλαστική, βαλβιδοτομή, αντικατάσταση) και ανάλογα με το βαθμό της επιτυχίας της εγχειρήσεως.
- χωρίς επιπλοκές και με καλή λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας 20-25%
- με επιπλοκές από την προσθετική βαλβίδα (θρόμβωση, παραβαλβιδική διαφυγή, ενδοκαρδίτιδα, καταστροφή βαλβίδας) 67-80%
- με κακή λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας 67-80%

4. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Ορισμός: Αδυναμία πλήρους συγκλείσεως της βαλβίδας με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση του αίματος από την αορτή προς

την αριστερή κοιλία κατά τη διαστολική περίοδο.

Αιτιολογία: Ρευματικός πυρετός, σύφιλη, μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, κυστική νέκρωση του μέσου χιτώνα της αορτής, διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής κ.ά.

Κλινική εικόνα:

1) Στάδιο αντισταθμίσεως: α) μικρού βαθμού: ασυμπτωματική, β) μεγάλου βαθμού: αντιστάθμιση επί πολλά έτη. Προκάρδιοι παλμοί, ζάλη.
2) Στάδιο ανεπάρκειας αριστερής κοιλίας. Σοβαρό προγνωστικό σημείο: στηθάγχη + αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια.
3) Στάδιο ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλίας.

Διάγνωση:

1) Κλινικώς: Πρώιμο διαστολικό φύσημα και τα περιφερικά σημεία (αλλόμενος σφυγμός κ.λπ.).
2) Ακτινολογικώς: Μεγάλη διάταση αριστεράς κοιλίας, διάταση και προβολή της ανιούσας θωρακικής αορτής και του αορτικού τόξου.
3) ΗΚΓ: Υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας επί μετρίου και μεγάλου βαθμού
4) Υπερηχοκαρδιογράφημα: Χαρακτηριστικά σημεία είναι ο διαστολικός πτερυγισμός της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς και η διαστολική υπερφόρτιση της αριστερής κοιλίας. Η παλινδρόμηση του αίματος από την αορτή στην αριστερή κοιλία διαπιστούται με το έγχρωμο ηχωκαρδιογράφημα. Ο βαθμός της παλινδρομήσεως είναι δυνατό να υπολογισθεί με ηχωκαρδιογράφημα Doppler.
5) Αιμοδυναμικός έλεγχος: Επιβεβαίωση διαγνώσεως.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στάδιο αντισταθμίσεως
  α) μικρού βαθμού ανεπάρκεια αορτής 5-10%
  β) μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια αορτής 35-50%
- Στάδιο της ανεπάρκειας της αριστεράς κοιλίας 80%
- Κατάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση (αντικατάσταση βαλβίδας)
  - Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την κατάσταση του μυοκαρδίου προ της εγχειρήσεως, δηλ. σε μυοκάρδιο χωρίς βαριές παθολογοανατομικές βλάβες 35%
  - Σε μυοκάρδιο με μη αναστρέψιμες παθολογοανατομικές βλάβες 67-80%

5. ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΗ ΑΟΡΤΙΤΙΔΑ

Αιτιολογία: Ωχρά σπειροχαίτη.

Συμπτώματα: Εξαρτώνται από τις επιπλοκές που είναι η ανεπάρκεια της αορτής, η απόφραξη των στομίων των στεφανιαίων αρτηριών και το αορτικό ανεύρυσμα (το 50% αυτών στην ανιούσα αορτή).

Διάγνωση: Στηρίζεται στο ιστορικό, την πλήρη κλινική εξέταση και τις ειδικές για την πάθηση ορολογικές δοκιμασίες. Ο ακτινολογικός έλεγχος, οι υπέρηχοι, η τομογραφία και σε ανάγκη η αγγειογραφία βοηθούν στη διάγνωση της νόσου.

Θεραπεία: Συντηρητική και χειρουργική.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως των επιπλοκών 50-80%

6. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ

Ορισμός: Αδυναμία πλήρους συγκλίσεως της βαλβίδας με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση του αίματος από τη δεξιά κοιλία στο δεξιό κόλπο κατά τη συστολική περίοδο.

Αιτιολογία: Ποικίλη.

1) Λειτουργική (διάταση και ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας)
2) Οργανική (ρευματικής αιτιολογίας - μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα κ.λπ.)

Συμπτώματα: Εύκολη κόπωση, δύσπνοια προσπάθειας και τα συμπτώματα της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Διάγνωση:

α) Κλινικώς: Ολοσυστολικό φύσημα παλινδρομήσεως στην εστία ακροάσεως της τριγλώχινος επιτεινόμενο στην εισπνοή. Διόγκωση ήπατος, διόγκωση σφαγιτίδων, περιφερικά οιδήματα.
β) ΗΚΓ: Σε φλεβοκομβικό ρυθμό υπερτροφία δεξιών κοιλοτήτων, συχνά κολπική μαρμαρυγή.
γ) Ακτινολογικώς: Διάταση και υπερτροφία των δεξιών κοιλοτήτων.

Θεραπεία: Συντηρητική, χειρουργική (χειρουργική αντικατάσταση ή πλαστική βαλβίδας).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Προ διορθωτικής επεμβάσεως
  α) χωρίς σημεία καρδιακής κάμψεως 20-35%
  β) με σημεία καρδιακής κάμψεως 67-80%

- Μετά τη χειρουργική επέμβαση (αντικατάσταση ή πλαστική της βαλβίδας) 35%

7. ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ

Ορισμός: Στένωση του στομίου της τριγλώχινας με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση στη ροή του αίματος από το δεξιό κόλπο στη δεξιά κοιλία.

Αιτιολογία: Ρευματικός πυρετός, σπανιότερα βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα με απόφραξη του στομίου από εκβλαστήσεις, μύξωμα του δεξιού κόλπου κ.ά.

Συμπτώματα: Συνήθως κυριαρχούν τα συμπτώματα της συνυπάρχουσας στένωσης της μιτροειδούς. Σε σοβαρή στένωση της τριγλώχινας εμφανίζονται διόγκωση ήπατος και ασκίτης. Χαρακτηριστική η μυϊκή αδυναμία στο βάδισμα από την ελαττωμένη καρδιακή παροχή.

Διάγνωση:

α) Κλινικώς: Κλαγγή διανοίξεως, διαστολικό κύλισμα στην εστία ακροάσεως της τριγλώχινας, που επιτείνονται κατά τη βαθειά εισπνοή.

β) ΗΚΓ: Επί φλεβοκομβικού ρυθμού υψηλά P επάρματα υπερτροφίας δεξιού κόλπου - κολπική μαρμαρυγή.

γ) Ακτινολογικώς: Επί μεγάλου βαθμού στενώσεως μεγάλη διάταση δεξιού κόλπου και ευρήματα από τη συνυπάρχουσα πάθηση της μιτροειδούς ή και της αορτικής βαλβίδας.

δ) Ηχοκαρδιογράφημα: Δείχνει τη χαρακτηριστική καμπύλη της στενώσεως της βαλβίδας, που είναι παρόμοια προς την τυπική ηχωκαρδιογραφική καμπύλη της στενώσεως της μιτροειδούς.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Προ χειρουργικής επεμβάσεως
  α) Σε επιφάνεια στομίου της τριγλώχινας >2 cm^2 .... 25-35%
  β) Σε επιφάνεια στομίου κάτω των 2 cm^2 και ανάλογα με το βαθμό στενώσεως του στομίου 50-67%
- Μετά χειρουργική επέμβαση (συνήθως βαλβιδοτομή) 35%

• ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Πρόκειται περί της προπτώσεως της μιας ή και των δύο γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας μέσα στον αριστερό κόλπο κατά τη διάρκεια της συστολής με χαρακτηριστικό ακουστικό εύρημα το μεσοσυστολικό click και το τελοσυστολικό φύσημα.

Οφείλεται κυρίως σε μυξωματώδη εκφύλιση της βαλβίδας με επιμήκυνση των τενόντιων χορδών και υπερβολική ανάπτυξη βαλβιδικού ιστού. Σπανιότερα οφείλεται σε ένα είδος πρωτοπαθούς μυοκαρδιοπάθειας με διαταραχή της λειτουργίας και ανατομίας του οπίσθιου θηλοειδούς μυός.

Η διάγνωση τίθεται με το ηχωκαρδιογράφημα.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, που είναι κυρίως γυναίκες, η πρόγνωση είναι καλή.

Γενικά, η πρόγνωση και η βαρύτητα της παθήσεως εξαρτάται από το βαθμό της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας και την εμφάνιση, το είδος και τη συχνότητα των διαταραχών του καρδιακού ρυθμού (έκτακτες συστολές, κολπική μαρμαρυγή και σπανιότερα κοιλιακή ταχυκαρδία).

Εχουν επίσης αναφερθεί αιφνίδιοι θάνατοι από κοιλιακή μαρμαρυγή. Εγκεφαλική εμβολή συμβαίνει σπάνια.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Με ελαφρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς 5-10%
- Με μέτριου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς 35-50%
- Με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς 67-80%
- Με διαταραχές του ρυθμού: ανάλογα με το είδος και τη συχνότητα της αρρυθμίας: βλέπε κεφάλαιο "Αρρυθμίες".

1.5.4. Συγγενείς καρδιοπάθειες

Η συχνότητα των συγγενών καρδιοπαθειών υπολογίζεται σε 0,8% περίπου των γεννήσεων. Στους ενήλικους οι συγγενείς καρδιοπάθειες δεν υπερβαίνουν το 10% του συνόλου των καρδιοπαθειών.

Οι συχνότερες συγγενείς καρδιοπάθειες είναι: Η μεσοκοιλιακή επικοινωνία, η μεσοκολπική επικοινωνία, ο ανοικτός αρτηριακός πόρος, η στένωση της πνευμονικής, η στένωση του ισθμού της αορτής, η στένωση της αορτής, η τετραλογία του Fallot και η μετάθεση των μεγάλων αγγείων. Τα τελευταία χρόνια η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή συντηρητική αγωγή και, κυρίως, η χειρουργική θεραπεία κατέστησαν δυνατή την επιβίωση πολλών παιδιών που πάσχουν από σοβαρή συγγενή καρδιοπάθεια.

1. ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Πρόκειται περί μεσοκοιλιακού ελλείμματος που μπορεί να είναι μονήρες ή πολλαπλό και του οποίου η έκταση ποικίλλει α-

πό ελάχιστα mm^2 μέχρι 2 cm^2 (ή περισσότερο) κατά τετραγωνικό μέτρο επιφάνειας του σώματος.

Οταν η επιφάνεια του ελλείμματος είναι μικρή, η διαφυγή του αίματος από την αριστερά κοιλία προς τη δεξιά είναι μικρή και η πρόγνωση είναι αρίστη. Οταν η επιφάνεια του ελλείμματος είναι πάνω από 1 cm^2 επιφάνειας σώματος, τότε πρόκειται για μεγάλη μεσοκοιλιακή επικοινωνία (ΜΕ) και η διαφυγή του αίματος από τα αριστερά προς τα δεξιά είναι μεγάλη με συνέπεια την αύξηση της πνευμονικής παροχής στο τριπλάσιο ή πενταπλάσιο του φυσιολογικού (λειτουργική πνευμονική υπέρταση).

Πραγματική πνευμονική υπέρταση λόγω αυξήσεως των πνευμονικών αντιστάσεων δημιουργεί το σύνδρομο Eisenmenger με διαφυγή του αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά.

Κατά την ακρόαση διαπιστώνεται ολοσυστολικό φύσημα κατά το 3ο-4ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά του στέρνου.

Ο ακτινολογικός έλεγχος σε μέσου και μεγάλου βαθμού ΜΕ δείχνει αύξηση του μεγέθους της καρδιακής σκιάς και προβολή της πνευμονικής αρτηρίας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφανίζει υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας. Υπερτροφία και της δεξιάς κοιλίας υπάρχει εάν η ΜΕ είναι μεγάλου βαθμού. Σε μεγάλη αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων υπάρχει υπερτροφία μόνο της δεξιάς κοιλίας.

Ο ηχοκαρδιογραφικός έλεγχος δείχνει αύξηση του μεγέθους των αριστερών κοιλοτήτων, απεικόνιση του ελλείμματος και της διαφυγής του αίματος από τα αριστερά στα δεξιά. Οταν η πίεση της δεξιάς κοιλίας είναι πάνω από 50 mmHg υπάρχει διαφυγή του αίματος από τα δεξιά στα αριστερά.

Με τον καθετηριασμό της καρδιάς και την αγγειογραφία επιβεβαιώνεται η διάγνωση και εκτιμάται ο βαθμός της παθήσεως και το μέγεθος της διαφυγής. Ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της νόσου διακρίνουμε:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικρού έως μέτριου βαθμού μεσοκοιλιακό έλλειμμα (μικρότερο του 1 cm^2 επιφάνειας σώματος) 10%
- Μεγάλου βαθμού μεσοκοιλιακό έλλειμμα (άνω του 1 cm^2 επιφανείας σώματος) με μεγάλη διαφυγή αίματος από τα αριστερά στα δεξιά, αυξημένη πνευμονική παροχή (πάνω από το διπλάσιο της παροχής της μεγάλης κυκλοφορίας), αύξηση της πιέσεως της δεξιάς κοιλίας, αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων (σύνδρομο Eisenmenger) 67-100%
- Κατάσταση μετά από χειρουργική διόρθωση του ελλείμματος.
  α) χωρίς βελτίωση της πνευμονικής αποφρακτικής αγγειακής παθήσεως 50-80%
  β) με βελτίωση της πνευμονικής αποφρακτικής αγγειακής παθήσεως 20-35%

2. ΜΕΣΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Πρόκειται περί ελλείμματος στο μεσοκολπικό διάφραγμα, που επιτρέπει την επικοινωνία του αριστερού και δεξιού κόλπου. Οι σπουδαιότεροι τύποι μεσοκολπικής επικοινωνίας (ανάλογα με την εντόπιση του ελλείμματος) είναι:

α) ο δευτερογενής τύπος (δευτερογενές έλλειμμα)
β) ο πρωτογενής τύπος (πρωτογενές έλλειμμα, μερικός τύπος της κοινής κολποκοιλιακής επικοινωνίας)
γ) ο τύπος του φλεβικού κόλπου.

Α. *Δευτερογενές έλλειμμα*

Το έλλειμμα εντοπίζεται κατά τη μεσότητα του μεσοκολπικού διαφράγματος και η διάμετρός του κυμαίνεται από λίγα mm μέχρι 2-3 cm.

Για λόγους αιμοδυναμικούς υπάρχει διαφυγή αίματος από τα αριστερά στα δεξιά που οδηγεί σε αύξηση της πνευμονικής παροχής χωρίς όμως την αύξηση των πιέσεων της πνευμονικής αρτηρίας και της δεξιάς κοιλίας. Σπάνια παρατηρείται πνευμονική υπέρταση (σύνδρομο Eisenmenger). Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μετά το 40ό έτος και συνδέονται με την εμφάνιση 1) κολπικής μαρμαρυγής ή πτερυγισμού, 2) δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και 3) - σπανιότερο - συνδρόμου Eisenmenrger.

Κατά την ακρόαση διαπιστώνονται κυρίως: 1) συστολικό φύσημα εξωθήσεως στην εστία ακροάσεως της πνευμονικής και 2) σταθερός διχασμός του 2ου τόνου.

Σε σημαντικού βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία:

- Κατά την ακτινοσκοπική εξέταση παρατηρείται "ο χορός των πυλών". Στην ακτινογραφία σημειώνονται: α) μεγάλη προβολή του μέσου τόξου της πνευμονικής αρτηρίας και της δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας, β) διόγκωση της δεξιάς κοιλίας και του δεξιού κόλπου, γ) εντονότερη σκιαγράφηση του αγγειακού δικτύου των πνευμόνων.
- Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρείται το σύμπλεγμα rSR΄ στη V_1 και βαθύ S στις αριστερές προκάρδιες απαγωγές. Το εύρος του QRS είναι φυσιολογικό. Σπανίως παρατηρείται πλήρης

αποκλεισμός του δεξιού σκέλους του δεματίου του His. Η ηχοκαρδιογραφική μελέτη δείχνει αύξηση των διαστάσεων της δεξιάς κοιλίας και παράδοξη κινητικότητα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Στο ηχωκαρδιογράφημα δύο διαστάσεων είναι δυνατό να απεικονισθεί το μεσοκολπικό έλλειμμα. Εάν η διαφυγή του αίματος είναι μικρή το ηχωκαρδιογράφημα Doppler βοηθάει στην ανεύρεση της διαφυγής.

- Τέλος, στον καθετηριασμό της καρδιάς παρατηρείται αυξημένη οξυγόνωση του δεξιού κόλπου σε σύγκριση με την οξυγόνωση των κοίλων φλεβών ως και αύξηση της πνευμονικής παροχής.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κυμαίνονται ανάλογα προς τη βαρύτητα της παθήσεως:

- Σε ελαφρού βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία με μικρή διαφυγή αίματος, ασυμπτωματική 10%
- Σε μέτριου βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία με αυξημένη πνευμονική παροχή, που δεν υπερβαίνει όμως το διπλάσιο της παροχής της μεγάλης κυκλοφορίας και με αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις, που δεν υπερβαίνουν όμως το 50% των αντιστάσεων της μεγάλης κυκλοφορία 35-50%
- Σε μεγάλου βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία με πνευμονική παροχή που υπερβαίνει το διπλάσιο της παροχής της μεγάλης κυκλοφορίας, με πνευμονικές αντιστάσεις που υπερβαίνουν το 50% των αντιστάσεων της μεγάλης κυκλοφορίας και με σύνδρομο Eisenmenger 80-100%
- Κατάσταση μετά από χειρουργική σύγκλειση του ελλείμματος (με συρραφή των χειλέων ή με προσθήκη πλαστικού μοσχεύματος).
  α. Με χαμηλές πνευμονικές αντιστάσεις 10%
  β. Με βελτίωση των προ-εγχειρητικών αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων 35-50%
  γ. Με διατήρηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων 67-80%

Β. Πρωτογενές έλλειμμα

Το έλλειμμα εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του μεσοκολπικού διαφράγματος και πάντοτε συνοδεύεται από ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας, η οποία προκαλείται συνήθως - από την ύπαρξη της σχισμής της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδος ή και από ανατομικές ανωμαλίες των τενοντίων χορδών και των θηλοειδών μυών.

Τα συμπτώματα, που αρχίζουν από την πρώτη παιδική ηλικία, είναι εύκολη κόπωση, συχνές βρογχοπνευμονικές λοιμώξεις και εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας.

Κατά την ακρόαση διαπιστώνεται ολοσυστολικό φύσημα στην κορυφή της καρδιάς και σταθερός διχασμός του 2ου τόνου.

Ο ακτινολογικός έλεγχος δείχνει διόγκωση των δύο κοιλιών και των δύο κόλπων με προβολή της πνευμονικής αρτηρίας και των κλάδων της.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφανίζει αποκλεισμό του δεξιού σκέλους με απόκλιση του άξονα προς τα αριστερά.

Στο ηχοκαρδιογράφημα απεικονίζεται το έλλειμμα και η αύξηση του μεγέθους των καρδιακών κοιλοτήτων.

Ο καθετηριασμός της καρδιάς και ο αγγειογραφικός έλεγχος επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από τη χειρουργική επέμβαση 67-100%
- Μετά επιτυχή χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών:
  α. Με καλές πνευμονικές αντιστάσεις 10-20%
  β. Με διατήρηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων 67%

Γ. Κοινή κολποκοιλιακή επικοινωνία

Εδώ το έλλειμμα είναι μεγαλύτερο και περιλαμβάνει και την ανώτερη μοίρα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Ετσι οι κόλποι και οι κοιλίες επικοινωνούν μεταξύ τους ελεύθερα. Η μιτροειδής και η τριγλώχιν βαλβίδες εμφανίζουν ανεπάρκεια - σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων.

Στα πρώτα στάδια υπάρχει μεγάλη διαφυγή αίματος από τα αριστερά προς τα δεξιά. Αργότερα αναπτύσσεται το σύνδρομο Eisenmenger με ροή αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά.

Η κλινική εικόνα μοιάζει με εκείνη της μεγάλης μεσοκοιλιακής επικοινωνίας. Οι εκδηλώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας που κυριαρχούν στην κλινική εικόνα οδηγούν συχνά τον ασθενή σε θάνατο κατά τα δύο πρώτα έτη ζωής.

Η χειρουργική θνητότητα είναι μεγαλύτερη από εκείνη του πρωτοπαθούς ελλείμματος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Προ της χειρουργικής επεμβάσεως 100%
- Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και με καλές πνευμονικές αντιστάσεις 35-50%

- Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και με μικρή βελτίωση ή διατήρηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων .... 67 - 80%

[Το πρωτογενές έλλειμμα και η κοινή κολποκοιλιακή επικοινωνία ανήκουν στα λεγόμενα ελλείμματα του ενδοκαρδιακού προσκεφαλαίου].

3. ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ

Αφορά τις πνευμονικές φλέβες και των δύο πνευμόνων, πιο συχνά όμως του δεξιού πνεύμονος. Είτε είναι πλήρης είτε αφορά μερικές από τις πνευμονικές φλέβες (ατελής ή μερική). Οι θέσεις όπου είναι δυνατό να εκβάλλουν είναι: η άνω κοίλη φλέβα, η κάτω κοίλη φλέβα, ο δεξιός κόλπος, η αριστερή ανώνυμη φλέβα, ο στεφανιαίος κόλπος, οι ηπατικές φλέβες, ο φλεβώδης πόρος. Η παθολογική φυσιολογία και η κλινική εικόνα μοιάζουν με εκείνες της μεσοκολπικής επικοινωνίας με την οποία και συχνά συνυπάρχουν. Η ολική ανώμαλη πνευμονική εκβολή, που είναι σπανιότερη, χαρακτηρίζεται από κυάνωση και έχει σοβαρότερη πρόγνωση.

Η ακριβής διάγνωση της παθήσεως γίνεται με αγγειογραφικό έλεγχο. Η θεραπεία είναι χειρουργική: μεταφορά και εμφύτευση των πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο ή τροποποίηση του μεσοκολπικού διαφράγματος ώστε όλες οι πνευμονικές φλέβες να εκβάλλουν στον αριστερό κόλπο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε μερική εκβολή των πνευμονικών φλεβών και με λιγότερο του 50% της πνευμονικής φλεβικής παροχής στη δεξιά κυκλοφορία 5-10%
- Σε μερική εκβολή των πνευμονικών φλεβών και με πνευμονική φλεβική παροχή στο δεξιό κόλπο άνω του 50% του συνόλου αυτής 35-67%
- Σε ολική εκβολή των πνευμονικών φλεβών και ανάλογα αν υπάρχει ή όχι καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική υπέρταση 67-100%
- Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και ανάλογως της επιτυχίας της εγχειρήσεως και του βαθμού της προεγχειρητικής βλάβης 10-67%

4. ΑΝΟΙΚΤΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΠΟΡΟΣ (Βοτάλειος πόρος)

Υπάρχει διαφυγή αίματος από την αορτή προς την πνευμονική αρτηρία δια μέσου του αρτηριακού πόρου που παραμένει ανοικτός. Το μέγεθος της διαφυγής εξαρτάται από τη διαφορά της πιέσεως μεταξύ αορτής και πνευμονικής αρτηρίας καθώς και από το εύρος και μήκος του πόρου. Οταν οι πνευμονικές αντιστάσεις είναι αυξημένες (σύνδρομο Eisenmenger) δημιουργείται αναστροφή της διαφυγής από την πνευμονική στην αορτή, με αποτέλεσμα την κυάνωση.

Κατά την ακρόαση ακούεται το χαρακτηριστικό συνεχές φύσημα κατά την αριστερή υποκλείδια χώρα.

Ο ακτινολογικός έλεγχος δείχνει διόγκωση των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων, διάταση της ανιούσας αορτής και προβολή της πνευμονικής αρτηρίας. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρείται υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και του αριστερού κόλπου. Στο ηχωκαρδιογράφημα παρατηρείται αύξηση του μεγέθους των αριστερών κοιλοτήτων και υπάρχουν ευρήματα διαστολικής υπερφορτώσεως της αριστεράς κοιλίας.

Ο καθετηριασμός επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κυμαίνεται ανάλογα με το μέγεθος της διαφυγής. Ετσι σε:

- Ελαφρού έως μετρίου βαθμού βαρύτητας της νόσου: διάμετρος πόρου μέχρι 1 cm, σχέση πνευμονικής / συστηματικής παροχής μέχρι 2 και φυσιολογική πνευμονική αρτηριακή πίεση 35-50%
- Σε βαριά μορφή: διάμετρος πόρου άνω του 1 cm, σχέση πνευμονικής/συστηματικής παροχής περισσότερο από 2, πνευμονική αρτηριακή πίεση αυξημένη, αλλά μικρότερη της συστηματικής 67-80%
- Με σύνδρομο Eisenmenger 100%
- Μετά τη χειρουργική διόρθωση της ανωμαλίας (εκτός εάν διατηρούνται αυξημένες οι πνευμονικές αντιστάσεις οπότε το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από το μέγεθος των πνευμονικών αντιστάσεων) - βλέπε προηγούμενα κεφάλαια - 0%

5. ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων (95%) η στένωση βρίσκεται αμέσως μετά την έκφυση της αριστεράς υποκλείδιας αρτηρίας. Αποτελεί είτε μεμονωμένη ανωμαλία (25%) είτε συνδυάζεται με άλλες συγγενείς καρδιοπάθειες.

Το αίμα που προέρχεται από την αριστερά κοιλία δεν περνάει ελεύθερα μέσα από τον εστενωμένο ισθμό (που η διάμετρός του μπορεί να φθάσει μόλις τα 1-2 mm) και έτσι η κυκλοφορία και η αρτηριακή πίεση είναι μειωμένες στο κάτω ήμισυ του σώ-

ματος, ενώ αντιθέτως είναι αυξημένες στο άνω ήμισυ του σώματος.

Προς αντιρρόπηση της μειωμένης κυκλοφορίας του κάτω ημίσεος του σώματος αναπτύσσεται έντονη παράπλευρη κυκλοφορία κυρίως με αύξηση της κυκλοφορίας δια των μεσοπλευρίων αρτηριών, οι οποίες διατείνονται σημαντικά.

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση σε νέα άτομα:

1) υψηλής αρτηριακής πιέσεως στα άνω άκρα, που είναι πολύ μεγαλύτερη από την αρτηριακή πίεση των κάτω άκρων
2) καθυστερημένου ή απουσιάζοντος ή πολύ εξασθενημένου σφυγμού των κάτω άκρων
3) συστολικού φυσήματος στην αριστερή βάση της καρδιάς που επεκτείνεται προς τη ράχη
4) συνεχών φυσημάτων στη ράχη κατά μήκος των μεσοπλευρίων διαστημάτων
5) διαβρώσεως ή οδοντώσεως του κάτω χείλους των πλευρών - κατά τον ακτινολογικό έλεγχο - που δημιουργείται από τις διατεταμένες μεσοπλεύριες αρτηρίες
6) της ισθμικής στενώσεως με το ηχωκαρδιογράφημα
7) και του ακριβούς προσδιορισμού της θέσεως και της εκτάσεως του στενώματος του ισθμού με την αορτογραφία.

Επιπλοκές:

Η ρήξη της αορτής, η δημιουργία διαχωριστικού ανευρύσματος, η εγκεφαλική αιμορραγία από ρήξη ανευρύσματος συνήθως του κύκλου του Willis, η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και η καρδιακή ανεπάρκεια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από τη χειρουργική επέμβαση:
  Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων (δύσπνοια, εύκολη σωματική κόπωση), από την προοδευτική ή όχι αύξηση του μεγέθους της καρδιάς και από την παρουσία των επιπλοκών που ήδη αναφέρθηκαν και κυμαίνονται από 35-100%.
- Μετά τη χειρουργική επέμβαση (εκτομή του εστενωμένου τμήματος της αορτής και τελικοτελική αναστόμωση ή συχνότερα προσθήκη μοσχεύματος από ειδικό ύφασμα):
  Τα ποσοστά αναπηρίας είναι ανάλογα με την επιτυχία της επεμβάσεως, την ηλικία κατά την οποία έγινε η εγχείρηση (καλύτερα τα αποτελέσματα σε ασθενείς με μικρή ηλικία), την παραμονή ή όχι της αρτηριακής υπερτάσεως κ.λπ. και κυμαίνονται από 10-35%.

6. ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ

Η στένωση διακρίνεται σε βαλβιδική (εντοπίζεται στο πνευμονικό στόμιο), υπερβαλβιδική και υποβαλβιδική (στο χώρο της εξωθήσεως της δεξιάς κοιλίας).

Ενδιαφέρει κυρίως η βαλβιδική στένωση. Φυσιολογικά το στόμιο της πνευμονικής είναι 2 cm^2/m^2 επιφάνειας σώματος. Τα συμπτώματα και οι αιμοδυναμικές επιπτώσεις εξαρτώνται από το βαθμό στενώσεως του στομίου και από την εκ της στενώσεως δημιουργουμένη συστολική κλίση πιέσεως μεταξύ δεξιάς κοιλίας και πνευμονικής αρτηρίας. Σε μικρού ή μετρίου βαθμού στένωση (επιφάνεια στομίου περί το 1 cm^2) η κλίση πιέσεως φθάνει μέχρι τα 70 mmHg, ενώ σε μεγάλου βαθμού στένωση (η διάμετρος του στομίου μπορεί να περιορισθεί σε 2-4 mm) η κλίση πιέσεως υπερβαίνει τα 100 mmHg (μπορεί να φθάσει τα 200 mmHg και περισσότερο).

Επακόλουθα είναι η υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας, η αύξηση της τελοδιαστολικής της πιέσεως και η υπερτροφία του δεξιού κόλπου. Τελικό στάδιο είναι η δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα κύρια ακροαστικά ευρήματα είναι:

α) το συστολικό φύσημα εξωθήσεως στην περιοχή της πνευμονικής,
β) το συστολικό click εξωθήσεως και
γ) ο διχασμός του 2ου τόνου (σε μεγάλου βαθμού στένωση μπορεί να μη γίνει ακουστός).

Το ΗΚΓ σε μετρίου και σοβαρού βαθμού στένωση δείχνει υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας.

Η ακτινογραφία παρουσιάζει τη χαρακτηριστική μεταστενωτική διάταση του στελέχους και του αριστερού κλάδου της πνευμονικής.

Το ηχωκαρδιογράφημα Doppler μπορεί να εκτιμήσει το βαθμό της στενώσεως και ο καθετηριασμός μετράει τη συστολική κλίση πιέσεως μεταξύ δεξιάς κοιλίας και πνευμονικής αρτηρίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από την εγχείρηση
  - Σε μικρού βαθμού στένωση 10-20%
  - Σε μετρίου βαθμού στένωση (κλίση πιέσεως μέχρι 70 mmHg) 35-50%
  - Σε μεγάλου βαθμού στένωση (κλίση πιέσεως άνω των 100 mmHg, διάμετρος στομίου κάτω των 7 mm) 67-100%
- Μετά την επιτυχή χειρουργική επέμβαση (βαλβιδοτομή, αγγειοπλαστική, αντικατάσταση βαλβίδος) 20-35%

7. ΤΕΤΡΑΛΟΓΙΑ ΤΟΥ FALLOT

Η κλασσική τετράδα των ανατομικών ανωμαλιών που περιέγραψε ο Fallot το 1888 είναι: 1) στένωση της πνευμονικής, 2) μεσοκοιλιακή επικοινωνία, 3) εφίππευση της αορτής και στις δύο κοιλίες και 4) υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας.

Οι δύο πρώτες θεωρούνται οι κύριες ανατομικές ανωμαλίες και από το βαθμό της στενώσεως και το μέγεθος της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας εξαρτάται η βαρύτητα της παθήσεως.

Κλινική εικόνα και συμπτώματα: Κυάνωση, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, υποξαιμικές κρίσεις.

Διάγνωση: Η ακρόαση αποκαλύπτει συστολικό φύσημα εξωθήσεως κατά την περιοχή της ακροάσεως της πνευμονικής και έντονο μονήρη 2ο τόνο.

Το ΗΚΓ δείχνει υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας, η ακτινογραφία την καρδιά ως από ξυλοπέδιλο (coeur en sabot) και το ηχωκαρδιογράφημα τις ανατομικές ανωμαλίες. Με τον καθετηριασμό και την αγγειογραφία επιβεβαιώνεται η διάγνωση.

Χωρίς χειρουργική θεραπεία οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν πριν από τα 20 τους χρόνια.

Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται στη διόρθωση των ανωμαλιών: γίνεται σύγκλειση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, διάνοιξη του εστενωμένου χώρου εξωθήσεως της δεξιάς κοιλιας, βαλβιδοτομή της πνευμονικής.

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής επεμβάσεως είναι καλά ή εξαιρετικά στο 90% των περιπτώσεων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από την εγχείρηση και ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου: μικρή ή μεγάλη στένωση της πνευμονικής, μικρή ή μεγάλη μεσοκοιλιακή επικοινωνία. 50-100%
- Μετά την εγχείρηση
  α. Με καλά έως εξαιρετικά αποτελέσματα.......... 5-35%
  β. Με μέτρια έως πενιχρά αποτελέσματα 50-80%

8. ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Διακρίνεται σε:

1) Πλήρη μετάθεση: Η αορτή εκφύεται από τη δεξιά κοιλία και η πνευμονική αρτηρία από την αριστερά κοιλία με επακόλουθο την έντονη κυάνωση.

Εμφανίζεται ως μονήρης ανωμαλία ή συνυπάρχει με μεσοκολπική επικοινωνία, μεσοκοιλιακή επικοινωνία ή ανοικτό Βοτάλειο πόρο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από την εγχείρηση.......... 100%
- Μετά την εγχείρηση
  α) δημιουργία μεσοκολπικού ελλείμματος (μέθοδος Rashkind)
  β) ειδική διαμερισματοποίηση των κόλπων (μέθοδος Mustard)
  γ) αλλαγή της ροής του αίματος στο επίπεδο των μεγάλων αγγείων (εγχείρηση Jatene)

Ανάλογα με το βαθμό επιτυχίας της εγχειρήσεως 50-80%

2) Ατελή μετάθεση: Είτε η αορτή είναι μετατιθεμένη στη δεξιά κοιλία και η πνευμονική αρτηρία εφιππεύει ένα μεγάλο μεσοκοιλιακό έλλειμμα είτε υπάρχει διπλός χώρος εκροής της δεξιάς κοιλίας. Στην τελευταία περίπτωση η αορτή και η πνευμονική αρτηρία εξορμούν (εκφύονται) από τη δεξιά κοιλία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ομοιο με εκείνο της πλήρους μεταθέσεως.

3) Διορθωμένη μετάθεση: Η αορτή βρίσκεται μπροστά από την πνευμονική αρτηρία όπως γίνεται και στην πλήρη μετάθεση (φυσιολογικά η πνευμονική αρτηρία βρίσκεται μπροστά από την αορτή), αλλά οι κοιλίες είναι και αυτές μετατιθεμένες ούτως ώστε η αορτή εκφύεται από την αριστερά κοιλία και η πνευμονική αρτηρία από τη δεξιά κοιλία. Συνυπάρχουν και άλλες ανωμαλίες, συχνότερα η ανωμαλία Ebstein, η μεσοκοιλιακή επικοινωνία και η στένωση της πνευμονικής αρτηρίας.

Η κλινική εικόνα καθορίζεται κυρίως από τη σοβαρότητα των συνυπαρχουσών ανωμαλιών, οι οποίες και καθορίζουν το είδος της χειρουργικής επεμβάσεως που θα επιλεχθεί.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ανεπίπλεκτες περιπτώσεις (μονήρης βλάβη) 35-67%
- Σε περιπτώσεις με συνυπάρχουσες άλλες συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες-ανάλογα με τη σοβαρότητα αυτών των ανωμαλιών 67-100%
- Μετά τη χειρουργική διόθρωση των ανωμαλιών και ανάλογα με το βαθμό επιτυχίας της εγχείρησης.......... 35-80%

9. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ EBSTEIN

Υπάρχει ανώμαλη μορφογένεση και μετατόπιση της τριγλώχινας βαλβίδας: από τις τρεις γλωχίνες η προσθία βρίσκεται φυσιολογικά στο δακτύλιο της βαλβίδας, η μέση συνδέεται με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και η οπισθία (η περισσότερο παραμορ-

φωμένη) με το κατώτερο τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας. Ο δεξιός κόλπος είναι πολύ διογκωμένος και περιλαμβάνει το ανώτερο τμήμα της δεξιάς κοιλίας (κολποποίηση μέρους της δεξιάς κοιλίας) που επίσης είναι διατεταμένη και με πολύ λεπτό τοίχωμα.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το βαθμό παραμορφώσεως και μετατοπίσεως της βαλβίδας και από το βαθμό της δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας. Πολλοί ασθενείς ζουν μέχρι την τρίτη δεκαετία.

Η εγχείρηση συνίσταται στην αντικατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας με προσθετική. Τα αποτελέσματα δεν είναι πάντοτε ικανοποιητικά.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Πριν από την εγχείρηση 67-100%
- Μετά την εγχείρηση και ανάλογα με τα αποτελέσματα της εγχείρησης 50-80%

10. ΚΟΙΝΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΟΡΜΟΣ

Αντί των δύο μεγάλων αγγείων, δηλαδή της αορτής που φυσιολογικά εκφύεται από την αριστερά κοιλία και της πνευμονικής που εξορμάται από τη δεξιά κοιλία, υπάρχει ένα μόνο μεγάλο αγγείο. Το αίμα που δέχεται αυτό το αγγείο είναι ανάμικτο, αρτηριακό και φλεβικό (κυάνωση). Ανάλογα με τον τρόπο εκφύσεως των πνευμονικών αρτηριών από τον κοινό αρτηριακό κορμό διακρίνονται τέσσερις τύποι.

Συνυπάρχει πάντοτε μεσοκοιλιακή επικοινωνία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Πριν από την εγχείρηση 100%
- Μετά τη χειρουργική επέμβαση (σύγκλειση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με τη βοήθεια εμβαλώματος, αποχωρισμός των πνευμονικών αρτηριών από τον κοινό κορμό και σύνδεσή τους με τη δεξιά κοιλία μέσω ενός σωληνωτού μοσχεύματος που έχει βαλβίδα) - και ανάλογα με την επιτυχία των αποτελεσμάτων της εγχείρησης. .... 50 - 80%

1.5.5. Χρόνια πνευμονική καρδία

Ορισμός: Νόσος που χαρακτηρίζεται από υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας οφειλόμενη σε ανατομικές παθήσεις των πνευμόνων ή σε παθήσεις που προκαλούν διαταραχές της πνευμονικής λειτουργίας.

Αιτιολογία: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια υποτροπιάζουσα πνευμονική εμβολή, εκτεταμένη απώλεια πνευμονικού ιστού από εγχείρηση ή τραύμα, πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση, διάμεση πνευμονική ίνωση, σκληροδερμία, πνευμονοκονίωση, κυφοσκολίωση, σαρκοείδωση, παχυσαρκία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, ιδιοπαθής κυψελιδικός υποαερισμός κ.ά.

Παθογένεια: Ολες αυτές οι παθήσεις είναι δυνατό να οδηγήσουν σε αύξηση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων και σε πνευμονική υπέρταση, η οποία και προκαλεί την υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και σε προχωρημένο στάδιο τη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Κλινική εικόνα: Εξαρτάται από την υποκείμενη πάθηση, την πνευμονική υπέρταση και την παρουσία ή όχι της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Διάγνωση: Εκτός από το ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα στη διάγνωση της παθήσεως βοηθούν:

1) Το ΗΚΓ που δείχνει την υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας με δεξιό ηλεκτρικό άξονα και ωρολογιακή στροφή ως και υψηλό (πνευμονικό) P από την υπερτροφία του δεξιού κόλπου.
2) Η ακτινογραφία του θώρακα που απεικονίζει τις αλλοιώσεις της υποκείμενης πνευμονικής νόσου (π.χ. εμφύσημα) και τη διόγκωση της δεξιάς κοιλίας στην πλάγια θέση.
3) Το υπερηχοκαρδιογράφημα που δείχνει την υπερτροφία και διάταση της δεξιάς κοιλίας και του δεξιού κόλπου. Η τεχνική Doppler επιτρέπει τον κατά προσέγγιση υπολογισμό της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας.
4) Ο ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος που βοηθάει στη μελέτη της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας και στην πληρέστερη απεικόνιση της κοιλότητας αυτής.
5) Ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός που δείχνει ότι η διαστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας είναι πολύ μεγαλύτερη από την πίεση των τριχοειδών και ότι η συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας (και σε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και η διαστολική) είναι αυξημένη.
6) Η σπιρομετρία και η ανάλυση των αερίων του αρτηριακού αίματος που δείχνουν παθολογικές τιμές ανάλογα με τη βαρύτητα της υποκείμενης πνευμονικής νόσου και το βαθμό σοβαρότητας της πνευμονικής καρδίας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της παθήσεως, ο οποίος καθορίζεται από το βαθμό:

- της υποξαιμίας
- της υπερκαπνίας
- της πνευμονικής υπερτάσεως
- της υπερτροφίας της δεξιάς κοιλίας και του δεξιού κόλπου
- της δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και
- της παρουσίας της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και κυμαίνονται από 80-100%

1.5.6. Μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα

Ορισμός: Είναι η ανάπτυξη φλεγμονής του ενδοκαρδίου λόγω μικροβιακής λοιμώξεως επί βαλβίδας, συγγενούς ανωμαλίας της καρδιάς ή στο τοιχωματικό ενδοκάρδιο των κοιλιών.

Αιτιολογία: Πρασινίζων στρεπτόκοκκος, εντερόκοκκος, σταφυλόκοκκος, πνευμονιόκοκκος, γονόκοκκος, κολοβακτηρίδιο, πρωτέας, ψευδομονάδα, μύκητες.

Προδιαθεσικοί παράγοντες: 1) Υπαρξη βλάβης του ενδοκαρδίου (ρευματική βαλβιδοπάθεια, τοποθέτηση προσθετικών βαλβίδων, συγγενείς καρδιοπάθειες). 2) Μικροβιαιμία.

Συμπτώματα: Πυρετός, ωχρότητα, δύσπνοια, ανορεξία, καταβολή.

Διάγνωση: Τα ακροαστικά ευρήματα της προϋπάρχουσας συγγενούς ή επικτήτου καρδιοπάθειας, εμφάνιση φυσήματος που δεν προϋπήρχε, μεγαλοσπληνία, αρθραλγίες, πετέχειες. Ανεύρεση των οζιδίων του Osler και όζων Janeway.

Επιπλοκές: Καρδιακή ανεπάρκεια, μείζονες περιφερικές αρτηριακές εμβολές, μυκωτικά ανευρύσματα.

Εργαστηριακός έλεγχος: Αναιμία, αύξηση ΤΚΕ και αύξηση γ-σφαιρινών, αιμοκαλλιέργιες θετικές στα 2/3 των περιπτώσεων. Το ηχωκαρδιογράφημα δείχνει εικόνα εκβλαστήσεων, όταν αυτές έχουν μέγεθος πάνω από 3-4 mm.

Θεραπεία: 1) Συντηρητική (φαρμακευτική) και 2) χειρουργική

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά την οξεία ή υποξεία φάση .... 80% [1 έτος]

1.5.7. Μυοκαρδίτιδα

Φλεγμονή του μυοκαρδίου που είναι δυνατόν να αφορά τις μυοκαρδιακές ίνες, το διάμεσο συνδετικό ιστό και/ή το περικάρδιο.

Κύριες αιτίες είναι οι ιοί (κυρίως Coxsackie της ομάδας Β, βακτηρίδια, μύκητες, πρωτόζωα, τοξίνες, μόλυβδος, αδριαμυκίνη, φυσικοί παράγοντες, πάθηση του ανοσολογικού συστήματος.

Η παθολογοανατομική ταξινόμηση της μυοκαρδίτιδας είναι: 1) ενεργός μυοκαρδίτιδα, 2) οριακή μυοκαρδίτιδα, 3) επιμένουσα ή προϊούσα μυοκαρδίτιδα, 4) επουλωμένη μυοκαρδίτιδα, 5) επουλωθείσα (αποδραμούσα) μυοκαρδίτιδα.

Κλινική εικόνα: Ποικίλουσα. Κόπωση, δύσπνοιά, ζάλη, αρρυθμίες, διαταραχές αγωγής, σημεία καρδιακής ανεπάρκειας.

Διάγνωση:

1) Κλινική εικόνα (πρόσφατη ανεξήγητη εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας)·
2) ιστορικό προηγηθείσας ιογενούς λοιμώξεως·
3) ΗΚΓ: μη ειδικές αλλοιώσεις του ST και του Τ, αρρυθμίες, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής·
4) αιματολογικές εξετάσεις. Ο προσδιορισμός του τίτλου των
5) εξουδετερωτικών αντισωμάτων για ιούς κυρίως της ομάδας Coxsackie Β·
6) υπερηχοκαρδιογράφημα για την εκτίμηση της λειτουργικότητάς του μυοκαρδίου·
7) ραδιοϊσοτοπικές εξετάσεις για την εντόπιση φλεγμονωδών και νεκρωτικών αλλοιώσεων·
8) ενδομυοκαρδιακή βιοψία·

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- στην οξεία φάση 80-100%
- σε καρδιακή ανεπάρκεια 67-100%
- σε διατατική μυοκαρδιοπάθεια (βλ. σχετικό κεφάλαιο)

1.5.8. Μυοκαρδιοπάθειες

Ορισμός: Διαταραχές του μυοκαρδίου αγνώστου αιτιολογίας και συσχετίσεων.

Αιτιολογική ταξινόμηση:

α) Πρωτοπαθείς ή ιδιοπαθείς (η βλάβη του μυοκαρδίου αποτελεί τη μόνη εκδήλωση της νόσου).
β) Δευτεροπαθείς (αποτελούν μέρος γενικευμένης νόσου ή άλλως οφείλονται σε γνωστό αίτιο).

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΒΑΣΕΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ, ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Α. ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ Ή ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Το βασικό πρόβλημα εδώ είναι η ασθενής συσταλτική δύναμη του κοιλιακού μυοκαρδίου, ιδιαίτερα της αριστεράς κοιλίας. Από ανατομική άποψη εκείνο που χαρακτηρίζει τη νόσο είναι η σημαντική αύξηση του μεγέθους των καρδιακών κοιλοτήτων, ιδίως της αριστερής κοιλίας.

1. *Αιτιολογία*: Οπως συμβαίνει επί των νοσημάτων αγνώστου αιτιολογίας, έτσι και επί των μυοκαρδιοπαθειών, ενοχοποιούνται ποικίλα αίτια, από τα οποία όμως κανένα δεν μπορεί να ερμηνεύσει το μηχανισμό γενέσεως όλων των μυοκαρδιοπαθειών (μεταβολικές ανωμαλίες, τροφικές διαταραχές υπό την έννοια πτωχής διατροφής, γενετικές ανωμαλίες, ενζυμικές διαταραχές, αριθμός εξωγενών τοξικών ουσιών). Τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται η άποψη ότι υπάρχει ανοσοβιολογικός μηχανισμός, που αρχίζει με οξεία προσβολή του μυοκαρδίου από ίωση.

2. *Συμπτώματα*: Συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (δύσπνοια, οιδήματα) και ενίοτε εμβολικά επεισόδια.

3. *Διάγνωση*:

α) Κλινικώς, 3ος, 4ος καρδιακός τόνος, συστολικό φύσημα μιτροειδούς λόγω διατάσεως της αριστεράς κοιλίας. Στα τελικά στάδια της παθήσεως εμφανίζεται η κλινική εικόνα της ολικής καρδιακής ανεπάρκειας.

β) ΗΚΓ/φικώς: υπερτροφία αριστεράς ή αμφοτέρων των κόλπων, διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγής υπό μορφή ατελούς ή πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού, εικόνα WPW, σημεία αριστεράς κοιλιακής υπερτροφίας, διαταραχές ενδοκοιλιακής αγωγής υπό μορφή σκελικού αποκλεισμού, εικόνα νεκρώσεως Q ή QS χωρίς να υπάρχει έμφραγμα, εικόνα κολπικής μαρμαρυγής, κολπικοί πτερυγισμοί, έκτακτες κοιλιακές συστολές, κολποκοιλιακός διαχωρισμός.

γ) Ακτινολογικώς: εικόνα διατάσεως των καρδιακών κοιλοτήτων. Μερικές φορές η καρδιακή σκιά λαμβάνει μορφή υγράς περικαρδίτιδας.

δ) Φωνοκαρδιογράφημα: διαπιστούται ο 4ος ή ο 3ος τόνος, και συχνά το συστολικό φύσημα από "λειτουργική" ανεπάρκεια της μιτροειδούς ή της τριγλώχινας.

ε) Το ηχωκαρδιογράφημα είναι βασική διαγνωστική μέθοδος. Δείχνει τη διόγκωση των καρδιακών κοιλοτήτων και την ελαττωμένη συσταλτικότητα του κοιλιακού μυοκαρδίου. Αποκλείει την περικαρδίτιδα και την πρωτοπαθή βαλβιδοπάθεια. Πολλές φορές διαπιστώνονται θρόμβοι μέσα στις καρδιακές κοιλότητες.

στ) Στεφανιογραφία: Δύναται να επιβεβαιώσει την καλή κατάσταση των στεφανιαίων αρτηριών, ώστε να αποκλεισθεί η περίπτωση της στεφανιαίας νόσου, ιδιαίτερα όταν υπάρχει παθολογικό έπαρμα Q ή QS νεκρώσεως ή στηθαγχική συνδρομή.

ζ) Αιμοδυναμικός έλεγχος:

α) Αρχικό στάδιο: Η αιμοδυναμική της καρδιάς κατά την ηρεμία εμφανίζεται φυσιολογική, εκτός ίσως μικρής αυξήσεως της τελοδιαστολικής πιέσεως και ενδεχομένως του τελοδιαστολικού όγκου αυτής.

β) Προχωρημένο στάδιο: Σημαντική αύξηση του μεγέθους των καρδιακών κοιλοτήτων (κυρίως των κοιλιών και κατά δεύτερο λόγο των κόλπων), ελάττωση του όγκου παλμού και της καρδιακής παροχής, αύξηση του τελοδιαστολικού όγκου, της τελοδιαστολικής πιέσεως και του συστολικού όγκου της αριστερής κοιλίας, σημαντική ελάττωση του κλάσματος εξωθήσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αρχικό στάδιο 50-67%
- Προχωρημένο στάδιο 80-100%

Β. ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από τη μεγάλου βαθμού αύξηση του πάχους των τοιχωμάτων του κοιλιακού μυοκαρδίου και κυρίως του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Διακρίνεται σε δύο τύπους, την υπερτροφική μη αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και την υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια, όπου υπάρχει στένωση του χώρου εξόδου της αριστερής ή και της δεξιάς κοιλίας.

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια παθολογοφυσιολογικώς χαρακτηρίζεται από ελάττωση της ενδοτικότητας του κοιλιακού μυοκαρδίου, αδυναμία δηλαδή του κοιλιακού τοιχώματος να διαταθεί φυσιολογικά κατά τη διαστολή. Εκτός από τη διαστολική δυσλειτουργία υπάρχει συχνά και συστολική διαταραχή της λειτουργίας των κοιλιών. Στην αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια υπάρχει κλίση συστολικής πιέσεως στο χώρο εξόδου της αριστερής ή της δεξιάς κοιλίας, που δεν φαίνεται να εξαρτάται από το

βαθμό παχύνσεως του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Συμπτώματα: Οι ασθενείς είναι δυνατόν να παραμείνουν επί μακρόν ασυμπτωματικοί και η διάγνωση να γίνει τυχαία. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου ομοιάζουν με αυτά της στενώσεως της αορτής: δύσπνοια, ζάλη, στηθάγχη, συγκοπτικές κρίσεις. Είναι δυνατό να εμφανίσουν σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες και ο αιφνίδιος θάνατος συμβαίνει σε μεγάλο ποσοστό ασθενών (50%).

Διάγνωση

α) Αντικειμενική εξέταση: Παρατεταμένη ώση της αριστερής κοιλίας, κατά την ψηλάφηση, συστολικό φύσημα κατά το 3ο-4ο μεσοπλεύριο διάστημα με τη μέγιστη έντασή του στο πρώτο ήμισυ της συστολής κατά την ακρόαση. Οφείλεται στη στένωση του χώρου εξόδου των κοιλιών (ιδίως της αριστερής κοιλίας) και στην ανεπάρκεια της μιτροειδούς που είναι συνήθης στην αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια. Ο 4ος τόνος είναι συχνό ακροαστικό εύρημα και σπανιότερο ο 3ος τόνος.

β) Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Ενίοτε εμφανίζει βαθύ έπαρμα Q.

γ) Ο προσδιορισμός των χρονικών συστολικών φάσεων δείχνει αύξηση της περιόδου εξωθήσεως (ΠΕ), ελάττωση της προεξωθητικής περιόδου (ΠΕΠ) και πηλίκον ΠΕΠ/ΠΕ μικρότερο του φυσιολογικού.

δ) Ο ακτινολογικός έλεγχος δείχνει διόγκωση της αριστερής κοιλίας και των κόλπων. Αλλες φορές η καρδιακή σκιά είναι φυσιολογική.

ε) Το ηχωκαρδιογράφημα δείχνει αύξηση του πάχους του μεσοκοιλιακού διαφράγματος πάνω από 15 mm (με σχέση προς το πάχος του οπίσθιου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας ίση ή μεγαλύτερη του 1,5), μείωση της κινητικότητάς του, ελάττωση του μεγέθους της κοιλότητας της αριστεράς κοιλίας κατά το τέλος της συστολής, συστολική πρόσθια κίνηση της μιτροειδούς βαλβίδας, ζωηρή κίνηση του οπίσθιου τοιχώματος και σε αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια στένωση του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας κάτω των 20 mm.

στ) Αιμοδυναμικώς: υψηλή πίεση των κόλπων, υψηλή τελοδιαστολική πίεση, συστολική κλίση πιέσεως μέσα στην αριστερή κοιλία.

ζ) Στην αγγειογραφία η κοιλότητα της αριστερής κοιλίας κατά τη διαστολή εμφανίζει σχήμα μπανάνας.

η) Βιοψία: Γενικά η διάγνωση της νόσου είναι δύσκολη και συχνά απαιτείται βιοψία του μυοκαρδίου, που δείχνει την ίνωση και πάχυνση του ενδοκαρδίου και τη χρόνια ίνωση του μυοκαρδίου.

Βαρύτητα-Πρόγνωση: Η σωστή πρόγνωση πολλές φορές είναι πολύ δύσκολη. Κι αυτό γιατί υπάρχουν ασθενείς που είναι ασυμπτωματικοί σ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και να πεθάνουν σε ανύποπτο χρόνο τελείως αιφνίδια και υπάρχουν ασθενείς που μπορεί να καταλήγουν σε λίγους μήνες ή σε λίγα χρόνια μετά τη διάγνωση της νόσου.

Ατομα που εμφανίζουν συγκοπτικές κρίσεις ή σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από αιφνίδιο θάνατο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ασύμπτωματική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια 35%
- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια + στηθάγχη 67-80%
- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια + συγκοπτικές κρίσεις.......... 80%
- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια + σοβαρές αρρυθμίες 67-80%
- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια + σημεία καρδιακής ανεπάρκειας 67-80%

Γ. ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από μεγάλη δυσκαμψία του τοιχώματος της προσβεβλημένης κοιλίας, της οποίας περιορίζεται η διαστολή. Υπάρχει εικόνα αδιαστολίας, δηλαδή αδυναμία επαρκούς διάτασης για τη φυσιολογική πλήρωση της κοιλίας.

Η διαστολική πίεση της προσβεβλημένης κοιλίας ή και των δύο κοιλιών επί διπλής προσβολής ως και η μέση πίεση του αντίστοιχου κόλπου είναι αυξημένες. Ανατομικό υπόστρωμα της περιοριστικής μυοκαρδιοπάθειας είναι η ενδομυοκαρδιακή ίνωση και κατά δεύτερο λόγο η αμυλοείδωση της καρδιάς.

Ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια και άλλες εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας. Ενίοτε εμφανίζει αρτηριακές εμβολές.

Η διάγνωση είναι δύσκολη. Η κλινική εικόνα και οι παρακλινικές-εργαστηριακές εξετάσεις δεν βοηθούν πολύ στη διάγνωση της νόσου, η οποία κυρίως τίθεται με αποκλεισμό των διαφόρων άλλων καρδιακών παθήσεων. Ιδιαίτερη προσοχή στη διαφορική διάγνωση από τη συμπιεστική περικαρδίτιδα. Επειδή και αυτή έχει καλή συσταλτικότητα με σχετικά μικρές κοιλιακές κοιλότητες, η διάγνωση θα τεθεί με την ενδομυοκαρδιακή βιοψία.

Η πρόγνωση είναι σοβαρή. Οι ασθενείς κατά το χρόνο της διαγνώσεως της νόσου βρίσκονται ήδη σε προχωρημένο βαθμό

ινώσεως, καταλήγοντες σε βραχύ χρονικό διάστημα.

Η πάθηση δεν υπακούει στη θεραπεία (συντηρητική ή χειρουργική) και εξελίσσεται ταχέως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80-100%

1.5.9. Περικαρδίτιδες

Πρόκειται περί της προσβολής των πετάλων του περικαρδίου. Η περικαρδίτιδα διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Αναλόγως δε της μορφής αυτής διακρίνεται σε ξηρά, υγρά και συμπιεστική. Η περικαρδίτιδα είναι δυνατόν να είναι πρωτοπαθής ή να είναι δευτεροπαθής εκδήλωση γενικής νόσου.

Τα αίτια είναι πολλά: ιοί, ρευματικός πυρετός, φυματίωση, κόκκοι, παράσιτα, χρονία νεφρική ανεπάρκεια, νόσοι του κολλαγόνου, έμφραγμα μυοκαρδίου, νεοπλασματική διήθηση, ιατρογενή (επεμβάσεις, φάρμακα, ακτινοβολία κ.λπ.). Συνήθως είναι άγνωστης αιτιολογίας (οξεία ιδιοπαθής περικαρδίτιδα).

Α. ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ινώδης, ορώδης, αιμορραγική, πυώδης)

Ο πόνος, η περικαρδιακή τριβή και οι χαρακτηριστικές ανωμαλίες του διαστήματος ST και του επάρματος Τ στο ΗΚΓ αποτελούν τα χαρακτηριστικά ευρήματα της παθήσεως.

Στις λοιμώδεις περικαρδίτιδες και κυρίως στις ιογενείς συμμετέχει κατά κανόνα και το μυοκάρδιο (μυοπερικαρδίτιδες).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για τους πρώτους 6 μήνες 80%

Μετά τους 6 μήνες τα ποσοστά αναπηρίας καθώς και το χορηγούμενο χρονικό διάστημα εξαρτώνται από την πορεία της νόσου (ίαση, τάση προς χρονιότητα, πορεία προς συμπιεστική περικαρδίτιδα) καθώς και από την αιτία που την προκάλεσε. Ετσι:

- Η ιδιοπαθής περικαρδίτιδα θεωρείται καλοήθης και συνήθως υποχωρεί χωρίς επιπτώσεις. Στην περίπτωση αυτή τα ποσοστά αναπηρίας μετά το πρώτο εξάμηνο 0%
- Η φυματιώδης περικαρδίτιδα έχει ποικίλη πορεία. Σήμερα αντιμετωπίζεται επιτυχώς με την αντιφυματική αγωγή. Τα ποσοστά αναπηρίας όσο διαρκεί η αντιφυματική αγωγή είναι 80%

Τους επόμενους 6 μήνες 67%

Μετά το πέρας των 6 μηνών, η νόσος δεν δίνει ποσοστά αναπηρίας. (Προσοχή στη μετάπτωση σε συμπιεστική περικαρδίτιδα).

- Η ουραιμική περικαρδίτιδα (άλλοτε είναι ξηρά και άλλοτε είναι υγρά) οφειλόμενη σε βαριά νεφρική ανεπάρκεια δίνει ποσοστά αναπηρίας 80-100%
- Η περικαρδίτιδα η εμφανιζομένη κατά τη διαδρομή συστηματικών νόσων (π.χ. ερυθηματώδης λύκος, σκληροδερμία, ρευματοειδής αρθρίτιδα, έμφραγμα μυοκαρδίου κ.λπ.) προσδίνει επιπρόσθετο ποσοστό αναπηρίας 35% στο ποσοστό αναπηρίας της συστηματικής νόσου.

Β. ΥΓΡΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (συλλογή υγρού (ορού, αίματος, πύου, λέμφου, χυλού) μεταξύ των πετάλων του περικαρδίου)

Η αιτιολογία είναι ποικίλη: Στην ορώδη π.χ. περικαρδίτιδα ως αίτια ανευρίσκονται η καρδιακή ανεπάρκεια, το μυξοίδημα, το νεφρωσικό σύνδρομο, ο ρευματικός πυρετός, ο ερυθηματώδης λύκος κ.ά., στην αιμορραγική περικαρδίτιδα το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα νεοπλάσματα, τα τραύματα, οι ρήξεις της καρδιάς και της αορτής, οι αιματολογικές παθήσεις κ.ά.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά (ανάλογα και προς την ποσότητα και προς την ταχύτητα αθροίσεως του υγρού) είναι πόνος, δυσφορία, δύσπνοια, παράδοξος σφυγμός, σημεία Kussmaul, Friedreich, Ewart, αμβλύτητα, τριβή, βυθιότητα καρδιακών τόνων. Ο επιπωματισμός εάν είναι ταχύς προκαλεί shock, εάν είναι βραδύς προκαλεί κυάνωση, οίδημα του προσώπου, ηπατομεγαλία.

Οι εργαστηριακές αναίμακτες μεθόδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση είναι η ακτινογραφία θώρακος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και κυρίως το υπερηχοκαρδιογράφημα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την ποσότητα του περικαρδιακού υγρού και την αιτιολογία που το προκάλεσε. Και επομένως κυμαίνονται ευρέως: Από 35-100%. Αλλα τα ποσοστά αναπηρίας στην περίπτωση μικρής συλλογής υγρού λόγω ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας και άλλα τα ποσοστά αναπηρίας στην περικαρδίτιδα λόγω νεοπλασματικής διηθήσεως.

Γ. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα μπορεί να εμφανισθεί με ή χωρίς συλλογή περικαρδιακού υγρού. Είναι άγνωστο το γιατί σε μερικές περιπτώσεις η οξεία περικαρδίτιδα υποτροπιάζει. Πιστεύεται ότι σε ορισμένες τουλάχιστον περιπτώσεις η περικαρδίτιδα θέτει σε ενέργεια ένα αυτοάνοσο μηχανισμό. Οι υποτροπές, που είναι πολλές φορές συχνές, και σοβαρές, είναι δυνατόν να εμφανίζονται επί σειρά ετών είτε αυτομάτως είτε μετά τη διακοπή ή ελάττωση των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η υγρή μορφή της μπορεί να προκαλέσει χρόνιο επιπωματισμό.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Σε μερικές δύσκολες περιπτώσεις παρατηρούνται συχνά υποτροπές όταν η δόση της κορτιζόνης μειωθεί στα 5 με 10 χιλιοστά του γραμμαρίου ημερησίως.

Ως τελευταία φαρμακευτική επιλογή χρησιμοποιούνται τα ανοσοκατασταλτικά. Οταν η στερεοειδή και τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα αποτύχουν, επιχειρείται περικαρδιεκτομή, πλευρο περικαρδιακό ή υποξιφοειδές παράθυρο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται:

- από τη συχνότητα και σοβαρότητα εμφανίσεως των υποτροπών·
- την ποσότητα της συλλογής του περικαρδιακού υγρού·
- την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή (και σε ποια δοσολογία)·
- την ύπαρξη χρόνιου επιπωματισμού (αυξημένη διαστολική πίεση των κοιλιών, χαμηλή καρδιακή παροχή, αυξημένες περιφερικές αντιστάσεις) και επομένως κυμαίνονται ευρέως 50-80%

Δ. ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Εμφανίζεται όταν υπάρχει σκλήρυνση, πάχυνση και προσκόλληση των πετάλων του περικαρδίου στο μυοκάρδιο με αποτέλεσμα τον περιορισμό της διαστολικής πλήρωσης των κοιλιών.

Αιτιολογία: ιογενής, φυματίωση, ουραιμική, μετεγχειρητική, μετακτινική, νεοπλασματική διήθηση, νόσοι κολλαγόνου, έμφραγμα μυοκαρδίου, άγνωστης αιτιολογίας. Η ρευματική περικαρδίτιδα δεν οδηγεί σε συμπιεστική περικαρδίτιδα.

Η *κλινική εικόνα* μοιάζει με εκείνη της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας (αυξημένη φλεβική πίεση, ασκίτης, οιδήματα κάτω άκρων, ηπατομεγαλία). Ο ασθενής παρουσιάζει εύκολη κόπωση, ανορεξία, δύσπνοια. Ο σφυγμός είναι ταχύς και μικρός. Στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων υπάρχει κολπική μαρμαρυγή. Κατά την ακρόαση διαπιστώνεται ύπαρξη περικαρδιακού τόνου στην κορυφή (απότομη διάταση του περικαρδίου) μετά τον 2ο τόνο.

Το ΗΚΓ παρουσιάζει επιπεδωμένο ή αρνητικό Τ, το δυναμικό του QRS πολλές φορές είναι μειωμένο και στο 1/3 των περιπτώσεων υπάρχει κολπική μαρμαρυγή. Ενίοτε το ΗΚΓ είναι φυσιολογικό.

Η ακτινογραφία στις πλάγιες κυρίως θέσεις, στο ήμισυ των περιπτώσεων δίνει εικόνα ασβεστώσεως του περικαρδίου.

Το ηχωκαρδιογράφημα παρουσιάζει πάχυνση, σκλήρυνση του περικαρδίου (76% των περιπτώσεων), αποπλάτυνση της καμπύλης κινήσεως του οπισθίου τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας κατά τη διαστολή, απότομη πρώιμη διαστολική κλίση της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας, ανώμαλη κίνηση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, πρώιμη διαστολική εγκοπή, πρώιμη διάνοιξη της πνευμονικής βαλβίδας.

Ο καρδιακός καθετηριασμός αποκαλύπτει εξίσωση των διαστολικών πιέσεων όλων των καρδιακών κοιλοτήτων και της πνευμονικής αρτηρίας.

Η *διαφορική διάγνωση* θα γίνει από τις παθήσεις της τριγλώχινας, τη στένωση της μιτροειδούς, την περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια (με αιμοδυναμικό έλεγχο και σε αμφίβολες περιπτώσεις με ενδομυοκαρδιακή βιοψία) και την ηπατική κίρρωση στην οποία η φλεβική πίεση παραμένει φυσιολογική.

Η *θεραπεία* είναι χειρουργική κυρίως σ' αυτούς που παραπονούνται για έντονα συμπτώματα, έχουν ασκίτη και γενικά σημεία υψηλής φλεβικής πιέσεως. Γίνεται αποφλοίωση της καρδιάς από το αλλοιωμένο περικάρδιο με αποτέλεσμα την απελευθέρωση των κοιλιών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εξαρτώνται από τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας (ασκίτης, υδροθώρακας, ορθόπνοια κ.λπ.) 67-100%
- Μετά την επιτυχή εγχείρηση το ποσοστό *ανάπηρίας* 50-67%

1.5.10. Ογκοι της καρδίας

Είναι πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς ή μεταστατικοί. Συχνότεροι είναι οι μεταστατικοί όγκοι. 80% των πρωτοπαθών όγκων

είναι καλοήθεις και η εξαίρεσή τους μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση.

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ [Μύξωμα-Ραβδομύωμα-Θηλοειδή ινοελαστώματα-Μεσοθηλίωμα-Τεράτωμα-Λίπωμα-Περικαρδιακές κύστεις]

ΜΥΞΩΜΑ

Ο συχνότερα ανευρισκόμενος καρδιακός όγκος (50% όλων των όγκων). Το 75% περίπου των μυξωμάτων εντοπίζεται στον αριστερό κόλπο, το 20% στο δεξιό κόλπο και το 5% εξίσου στις δύο κοιλίες. Συνήθως τα μυξώματα είναι μονήρη. Το μύξωμα εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες ηλικίας 50 - 60% χρόνων. Είναι σπάνιο στα παιδιά.

Τα συμπτώματα που προκαλούν τα μυξώματα οφείλονται: α) στη διακοπή της ροής του αίματος που προξενεί ο όγκος· β) στις μετακινήσεις του· γ) στις εμβολές και δ) στα μη ειδικά γενικά συμπτώματα (απώλεια σωματικού βάρους, πυρετός, κόπωση, αρθραλγίες και σπανιότερα εξανθήματα, πληκτροδακτυλία, φαινόμενο Raynaud).

1. Μύξωμα αριστερού κόλπου

Ο ασθενής είναι δυνατό να παρουσιάσει κλινική εικόνα στενώσεως της μιτροειδούς με δύσπνοια, ορθόπνοια και παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια.

Σε παροδική πλήρη απόφραξη της μιτροειδούς από τον όγκο εμφανίζονται συγκοπτικά επεισόδια.

Οι εμβολές με τεμάχια μυξώματος ή θρόμβους είναι συχνές (30-60%), με συχνότερες από αυτές στα αγγεία του εγκεφάλου. Τα ακροαστικά ευρήματα εξαρτώνται από τη θέση του όγκου σε σχέση με το μιτροειδικό στόμιο. Σε διαλείπουσα απόφραξη του στομίου τα ακροαστικά ευρήματα είναι εκείνα της στενώσεως της μιτροειδούς διαλειπόντως εμφανιζόμενα. Κατά τη διαστολή ακούγεται και το χαρακτηριστικό πλατάγισμα του όγκου (tumor plop). Στην περίπτωση καταστροφής της βαλβίδας ακούγεται ολοσυστολικό φύσημα ανεπάρκειας της βαλβίδας.

Τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση της νόσου. Η διάγνωση όμως επιβεβαιώνεται με το ηχωκαρδιογράφημα. Σπάνια απαιτείται αγγειογραφία.

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Η αφαίρεση του όγκου οδηγεί συνήθως σε ίαση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εξαρτώνται από τα συμπτώματα και τις επιπλοκές που προκαλεί ο όγκος (βαθμός δύσπνοιας, συχνότητα συγκοπτικών κρίσεων, ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης, εμβολικά επεισόδια) 25-100%
- Μετά την αφαίρεση του όγκου και εφόσον ο ασθενής δεν εμφανίζει κατάλοιπα επιπλοκών 0%

2. Μύξωμα δεξιού κόλπου

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από το είδος της δυσλειτουργίας που προκαλεί το μύξωμα στην τριγλώχινα βαλβίδα καθώς και από το μέγεθος αυτού: δύσπνοια, καταβολή δυνάμεων, οιδήματα κάτω άκρων, ηπατομεγαλία, ασκίτη. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με το ηχωκαρδιογράφημα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ανάλογα με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας 25-100%
  Η αφαίρεση του όγκου οδηγεί συνήθως σε ίαση
- Μετά την επιτυχή αφαίρεση του όγκου - και εφόσον δεν υπάρχουν κατάλοιπα, π.χ. από εμβολικά επεισόδια 0%

3. Μύξωμα κοιλιών

Το μύξωμα της δεξιάς κοιλίας μπορεί να παρεμποδίσει τη λειτουργία της τριγλώχινας ή της πνευμονικής αρτηρίας, ενώ το μύξωμα της αριστεράς κοιλίας μπορεί να αποφράξει το χώρο εξώθησης της αριστεράς κοιλίας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι ανάλογα με το βαθμό της δυσλειτουργίας που προκαλεί ο όγκος 10-80%
- Μετά την αφαίρεση του όγκου 0%

Οι άλλοι καλοήθεις όγκοι της καρδίας είναι σπανιότεροι. Τα συμπτώματα και η πρόγνωσή τους εξαρτώνται από τον αριθμό τους, την εντόπιση και το μέγεθός τους. Ετσι τα ραβδομυώματα π.χ. είναι συνήθως πολλαπλά και τα συμπτώματα που προκαλούν οφείλονται στην παρεμπόδιση της ροής του αίματος ή στις διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας.

Τα ινώματα είναι πάντοτε μονήρη και τα συμπτώματα που προκαλούν εξαρτώνται από το βαθμό της βλάβης που προξενούν στην προσβληθείσα βαλβίδα.

Τα μεσοθηλιώματα επειδή σχεδόν πάντοτε εντοπίζονται

στην περιοχή του κολποκοιλιακού κόμβου, προκαλούν συχνά συγκοπτικά επεισόδια που οφείλονται σε πλήρη ή μερικό κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από τη βλάβη που προκαλούν και έχουν επομένως τα ποσοστά της βλάβης αυτής (π.χ. βαλβιδοπάθειας, κολποκοιλιακού αποκλεισμού κ.ο.κ.).

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Συνήθως είναι σαρκώματα. Τα σαρκώματα διηθούν την καρδιά, το περικάρδιο ή και τα όργανα που περιβάλλουν την καρδιά.

Η νόσος εκδηλώνεται με συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας λόγω διηθήσεως του μυοκαρδίου και των βαλβίδων ή και με συμπτώματα υγράς περικαρδίτιδας λόγω διηθήσεως του περικαρδίου.

Συχνά τα σαρκώματα εκδηλώνονται από τα συμπτώματα που δίνουν οι μεταστάσεις και όχι ο πρωτοπαθής όγκος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80-100%

Η καρδιά εκτός από τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα είναι δυνατό να προσβληθεί και από μεταστατικά νεοπλάσματα (π.χ. κακόηθες μελάνωμα, βρογχογενές καρκίνωμα, καρκινοειδές)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 100%

1.5.11. Τραύματα της καρδίας (τραυματική καρδιοπάθεια)

Καρδιακή βλάβη είναι δυνατό να προκληθεί είτε από άμεσο τραυματισμό (ανοικτά τραύματα) είτε από έμμεσο τραυματισμό της καρδιάς όπως συμβαίνει στα κλειστά θωρακικά τραύματα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι δυνατό να προκληθεί σοβαρή κάκωση της καρδιάς και αν ακόμα δεν υπάρχει εμφανές εξωτερικό σημείο τραύματος του θώρακα. Οι συχνότερες κακώσεις της καρδιάς από έμμεσο τραυματισμό είναι η θλάση του μυοκαρδίου (αρρυθμίες, σκελικός αποκλεισμός, ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα προσομοιάζουσα εκείνης του εμφράγματος του μυοκαρδίου), η ρήξη βαλβίδας (φύσημα, καρδιακή ανεπάρκεια), η ρήξη κόλπων ή κοιλιών (βαρύτατη κατάσταση) και το αιμοπερικάρδιο από ρήξη περικαρδιακού ή στεφανιαίου αγγείου. Περικαρδιακή συλλογή υγρού είναι δυνατό να εμφανισθεί εβδομάδες ή ακόμη και μήνες μετά τον τραυματισμό ως όψιμη εκδήλωση ενός κλειστού θωρακικού τραύματος (μετα - τραυματικό καρδιακό σύνδρομο).

Το μετατραυματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι σπάνιο. Προκύπτει είτε ως αποτέλεσμα σημαντικής θλάσης του μυοκαρδίου χωρίς βλάβη των στεφανιαίων αγγείων, είτε λόγω άμεσης βλάβης των στεφανιαίων αγγείων με επακόλουθο την ισχαιμική μυοκαρδιακή νέκρωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης που προκάλεσε ο τραυματισμός της καρδιάς (βαλβιδοπάθεια, περικαρδίτιδα, μετατραυματικό έμφραγμα κ.λπ., βλ. οικεία κεφάλαια).

Τα άμεσα - διαμπερή - τραύματα της καρδιάς προκαλούνται συνήθως από σφαίρα ή μαχαίρι (ή άλλο αιχμηρό όργανο) και συνήθως καταλήγουν σε άμεσο ή ταχύτατα επερχόμενο θάνατο από μεγάλη αιμορραγία ή αιμοπερικάρδιο. Σπανίως το άτομο μπορεί να επιζήσει.

1.5.12. Καρδιακή ανεπάρκεια

Παθοφυσιολογικό σύνδρομο το οποίο δημιουργείται όταν η καρδιά, ως αντλία, δεν μπορεί να διατηρήσει την καρδιακή παροχή του αίματος σε επίπεδα ικανοποιητικώς αναγκαία για τις μεταβολικές ανάγκες των ιστών του σώματος.

Στα αρχικά στάδια οι εκδηλώσεις της μειωμένης καρδιακής λειτουργίας εμφανίζονται μόνο κατά τη σωματική προσπάθεια, αλλά αργότερα, με την προοδευτική επιδείνωση της καταστάσεως, οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται και κατά την ανάπαυση.

Κλινικώς η καρδιακή ανεπάρκεια ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων θα μπορούσε να διακριθεί σε 4 στάδια.

- Στάδιο Ι: Η συνηθισμένη φυσική δραστηριότητα της καθημερινής ζωής δεν προκαλεί συμπτώματα.
- Στάδιο ΙΙ: Μικρού βαθμού περιορισμός της συνηθισμένης φυσικής δραστηριότητας προκαλεί συμπτώματα.
- Στάδιο ΙΙΙ: Μέτριου έως σοβαρού βαθμού περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας προκαλεί συμπτώματα (π.χ. δύσπνοια στο ήρεμο βάδισμα σε οριζόντιο έδαφος).
- Στάδιο ΙV: Εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την ανάπαυση.

Στην εμφάνιση της καρδιακής ανεπάρκειας δεν ευθύνεται μόνο η συστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας, αλλά και η διαστολική δυσλειτουργία αυτής [Εργο της συστολικής λειτουργίας είναι η εξώθηση του αίματος ενώ της διαστολικής λειτουργίας η πλήρωση των κοιλιών. Κύριο ρόλο στην εξώθηση παίζει η συσπαστικότητα του κοιλιακού μυοκαρδίου, ενώ στην πλήρωση η χάλαση (ενεργητική διεργασία) και η ενδοτικότητα (παθητική ιδιότητα) της κοιλίας].

Αιτιολογία

Παθήσεις του μυοκαρδίου (μυοκαρδίτιδες, μυοκαρδιοπάθειες), ισχαιμική καρδιοπάθεια, υπερτασική καρδιοπάθεια, βαλβιδοπάθειες, συγγενείς καρδιοπάθειες, αρρυθμίες, περικαρδίτιδα.

Συμπτώματα

Ανάλογα προς τη σοβαρότητα της παθήσεως: δύσπνοια, ορθόπνοια, παροξυσμική - νυκτερινή - δύσπνοια, οξύ πνευμονικό οίδημα, εύκολη κόπωση, αδυναμία, εγκεφαλικές διαταραχές.

Κλινικά ευρήματα

Συχνός, μικρός εναλλασσόμενος σφυγμός, καλπαστικός ρυθμός, υγροί ρόγχοι στις βάσεις των πνευμόνων, διόγκωση φλεβών τραχήλου, υδροθώρακας, ηπατομεγαλία, ασκίτης, καρδιακή καχεξία (ευρήματα ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας της νόσου).

Παρακλινικές εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση της νόσου και την εκτίμηση της βαρύτητας της παθήσεως: ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα (ηρεμίας και κοπώσεως), εκτίμηση των δεικτών της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας, δοκιμασία καρδιοπνευμονικής κοπώσεως, ηχωκαρδιογράφημα, ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία ηρεμίας και κοπώσεως, καρδιακός καθετηριασμός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας από την ύπαρξη της καρδιακής ανεπάρκειας προστίθενται στα ποσοστά αναπηρίας που φέρει η υποκείμενη νόσος: Εάν π.χ. η υποκείμενη νόσος είναι "παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου" (Π.Α. 35-50%) και εμφανιστεί καρδιακή ανεπάρκεια, τότε τα ποσοστά αναπηρίας που θα προστεθούν στα ποσοστά αναπηρίας του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι ανάλογα με το στάδιο και τη βαρύτητα της καρδιακής ανεπάρκειας και μπορεί να διατυπωθούν ως εξής:

- Στάδιο Ι: Χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα και αντικειμενικά ευρήματα 0%
- Στάδιο ΙΙ: Δύσπνοια π.χ. σε μέτρια σωματική προσπάθεια, καλπαστικός ρυθμός, υγροί ρόγχοι εντοπισμένοι μόνο στις βάσεις των πνευμόνων, μέτρια μείωση κλάσματος εξωθήσεως κ.λπ. 35-50%
- Στάδιο ΙΙΙ: Δύσπνοια σε μικρή σωματική προσπάθεια, υγροί ρόγχοι ακουστοί και πάνω από τις βάσεις των πνευμόνων, μεγάλη μείωση του κλάσματος εξωθήσεως κ.λπ. 67-80%
- Στάδιο IV: Δύσπνοια και κατά την ανάπαυση, ιστορικό οξέων πνευμονικών οιδημάτων, υδροθώρακας, ασκίτης, εκτεταμένα οιδήματα, κλάσμα εξωθήσεως μικρότερο του 20%, ολιγουρία, διαταραχές εγκεφαλικής αιματώσεως κ.λπ. >80 (100%)

1.5.13. Κατάσταση μετά αορτοστεφανιαία παράκαμψη

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η επαναιμάτωση της ισχαιμικής περιοχής του μυοκαρδίου. Αυτό επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση φλεβικών αορτοστεφανιαίων μοσχευμάτων και/ή με την αναστόμωση της έσω μαστικής αρτηρίας με το περιφερικό τμήμα της προσβεβλημένης στεφανιαίας αρτηρίας.

- Μετεγχειρητικές επιπλοκές (άμεσες και απώτερες)

1) Διεγχειρητικό έμφραγμα (5%).
2) Απόφραξη μοσχεύματος. Οφείλεται είτε σε θρόμβωση του μοσχεύματος κατά τους πρώτους μετεγχειρητικούς μήνες είτε σε προοδευτική υπερπλασία των μυϊκών και ινωδών κυττάρων του φλεβικού τοιχώματος που συμβαίνει κατά την απώτερη μετεγχειρητική περίοδο και που έχει ως αποτέλεσμα τη στένωση του φλεβικού μοσχεύματος.
3) Εγκεφαλικό εμβολικό επεισόδιο (1% - πρώιμη επιπλοκή).
4) Αρρυθμίες. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.
5) Περικαρδίτιδα (20-30%) εμφανίζεται αρκετές ημέρες μετά την εγχείρηση και υποχωρεί συνήθως με τη χορήγηση πρεδνιζόνης. Σπανίως η περικαρδίτιδα είναι επίμονη και μπορεί να μεταπέσει μετά από μήνες ή έτη σε συμπιεστική περικαρδίτιδα.
6) Σύνδρομο μετά εξωσωματική κυκλοφορία. Εμφανίζεται 3-7 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, μοιάζει με λοιμώδη ηπατίτιδα ή λοιμώδη μονοπυρήνωση και υποχωρεί χωρίς θεραπεία.
7) Μετεγχειρητική στηθάγχη. Η εμφάνιση της στηθάγχης τους πρώτους μήνες μετά την εγχείρηση είναι ενδεικτική θρομβώσεως και αποφράξεως ενός ή περισσοτέρων μοσχευμάτων.

Εάν η στηθάγχη εμφανισθεί μετά παρέλευση ετών, τότε οφείλεται συνήθως σε αθηροσκληρυντικές στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών ή των μοσχευμάτων. Εμφάνιση στηθάγχης από τις πρώτες ημέρες κατά την εγχείρηση είναι ενδεικτική ατελούς στεφανιαίας επαναγγειώσεως.

Γενικώς, η συχνότητα υποτροπής της στηθάγχης κυμαίνεται από 3,5% μέχρι 20% ετησίως, συμβαίνει δε με αυξημένη συχνότητα καθώς το μετεγχειρητικό χρονικό διάστημα επιμηκύνεται. Περίπου 10-15% των μοσχευμάτων αποφράσσονται τους πρώτους έξι μήνες. Μετά τον πρώτο χρόνο η απόφραξη των μοσχευμάτων είναι 2% ετησίως.

Η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του αρρώστου μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη επιτυγχάνεται:

1) Με το ιστορικό του αρρώστου με το οποίο καθορίζεται το κλινικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής (βλ. στηθάγχη).
2) Με τη δοκιμασία κοπώσεως: α) η αρνητικοποίηση μιας θετικής, κατά την προεγχειρητική περίοδο, δοκιμασίας κοπώσεως συνδέεται με καλή στεφανιαία ροή και καλή αιμάτωση του μυοκαρδίου· β) η θετική δοκιμασία κοπώσεως αποτελεί ισχυρή ένδειξη συνεχιζόμενης ισχαιμίας του μυοκαρδίου.
3) Με το σπινθηρογράφημα του μυοκαρδίου με ραδιενεργό θάλλιο σε κόπωση και ηρεμία ελέγχεται η βατότητα των μοσχευμάτων.
4) Με τη ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία σε ηρεμία και σε κόπωση εκτιμάται η λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας.
5) Με τη στεφανιογραφία απεικονίζεται η ανατομική κατάσταση των μοσχευμάτων και φυσικά και των "ιθαγενών" στεφανιαίων αγγείων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Τον πρώτο χρόνο μετά την επέμβαση 80%
- Από το δεύτερο χρόνο και μετά τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από τη λειτουργική κατάσταση του αρρώστου και κυρίως από την παρουσία ή όχι της στηθάγχης (και του σταδίου αυτής) και την παρουσία ή όχι της καρδιακής ανεπάρκειας (και του βαθμού αυτής). Έτσι:
  α) Επί παρουσίας στηθάγχης και εάν ο ασθενής βρίσκεται
  στο 1ο στάδιο .... 35-50%.
  Στο 2ο στάδιο 50%
  Στο 3ο στάδιο 67-80%
  Στο 4ο στάδιο .... 100% (βλ. κεφάλαιο στηθάγχη).
  β) Επί παρουσίας καρδιακής ανεπαρκείας
  1ο στάδιο 35-50%
  2ο στάδιο 50%
  3ο στάδιο 67-80%
  4ο στάδιο .... 100% (βλ. κεφάλαιο καρδιακή ανεπάρκεια)

[Σημείωση: Το 1ο στάδιο ισοδυναμεί πρακτικά με την απουσία στηθάγχης ή καρδιακής ανεπάρκειας. Ετσι ο ανεπίπλεκτος ασθενής με ιστορικό αορτοστεφανιαίας παρακάμψεως έχει ποσοστό αναπηρίας 35-50%. Επί ατελούς επαναγγειώσεως του μυοκαρδίου τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από το βαθμό της υπολειπομένης βλάβης (στηθάγχη, δυσλειτουργία αριστεράς κοιλίας)].

1.5.14. Κατάσταση μετά αγγειοπλαστική (PTCA)

Σκοπός της αγγειοπλαστικής είναι η διάνοιξη - συνήθως με μπαλόνι - εστενωμένης αρτηρίας χωρίς να προηγηθεί θωρακοτομή.

Από τη μηριαία ή τη βραχιόνιο αρτηρία εισάγεται καθετήρας - οδηγός, που προωθείται (με τη βοήθεια οδηγού - σύρματος) στην ανιούσα αορτή μέχρι του στομίου της πάσχουσας στεφανιαίας αρτηρίας. Ο καθετήρας αυτός στην εσωτερική του άκρη έχει ένα ξεφουσκωμένο μπαλόνι μήκους 2-2,5 cm. Από την εξωτερική άκρη του καθετήρα με εμφύσηση αέρα διατείνεται το μπαλόνι και έτσι συμπιέζεται η αθηροσκληρυντική πλάκα και διασπάται σε συντρίμματα. Η πίεση μέσα στο μπαλόνι φτάνει συνήθως τις 3-9 ατμόσφαιρες. Κάθε προσπάθεια συνήθως διαρκεί περί τα 30-60 sec. Συνήθως γίνονται 3-4 διαστολές. Επιτυχής θεωρείται η αγγειοπλαστική όταν επιτυγχάνεται αύξηση του αυλού τουλάχιστον κατά 20%. Τα ποσοστά επιτυχίας φτάνουν τα 85-90%.

Επιπλοκές: Η αγγειοπλαστική έχει θνητότητα 1-2%. Σε νόσο ενός αγγείου και με καλή λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας η τετραετής καρδιακή επιβίωση είναι άριστη (98%). Σε πολυαγγειακή νόσο η ετήσια θνησιμότητα ανέρχεται περίπου σε 4,6%. Η συχνότητα του μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι 3-5% (8,8% σε πολυαγγειακή νόσο).

Η συχνότερη επιπλοκή είναι η επαναστένωση της αρτηρίας. Συμβαίνει σε ποσοστό συνήθως 20-30% (ακραίες τιμές είναι 15-30%) κυρίως τους 6 πρώτους μήνες. Σύνηθες κριτήριο είναι η παρουσία στενώσεως >50% της διαμέτρου στην επαναληπτική στεφανιογραφία. Διαγνωστικά κλινικά κριτήρια για την επαναστένωση είναι η επανεμφάνιση της στηθάγχης και η θετική δοκιμασία κοπώσεως με μεγαλύτερη απόκλιση του ST σε μικρότερη

επιτευχθείσα καρδιακή συχνότητα σε σύγκριση με προηγούμενη δοκιμασία κοπώσεως.

Τα τρία κύρια εγχειρητικά προβλήματα της συμβατικής αγγειοπλαστικής με ασκό (μπαλόνι), ήτοι η ανεπιτυχής επέμβαση, η πρώιμη επανασύγκλειση και η όψιμη επαναστένωση οδήγησαν στην επινόηση τεχνικών μεθόδων για την υπερκέραση των προβλημάτων αυτών:

Τα ενδοαυλικά ικριώματα στηρίξεως του αγγείου (ενδοστεφανιαίες προθέσεις - Stents), την αγγειοπλαστική με Laser, και την αθηρεκτομή είτε με κατευθυνόμενο αθηρεκτομέα, είτε σε περιστροφικό αναρροφητικό αθηρεκτομέα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από το ιστορικό του αρρώστου (στηθάγχη, ισχαιμία, έμφραγμα), τον αριθμό των νοσούντων αγγείων, την επανεμφάνιση της στηθάγχης και τη βαρύτητα αυτής (βλ. στάδια στηθάγχης), την παρουσία της καρδιακής ανεπάρκειας κ.ο.κ.)

- Γενικώς όμως και για το πρώτο εξάμηνο μετά την αγγειοπλαστική 80%
- Για τους επόμενους μήνες και μέχρι της συμπληρώσεως των 4 ετών τα ποσοστά αναπηρίας είναι ως ακολούθως:

α. Σε νόσο ενός αγγείου με καλή λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας (κλάσμα εξωθήσεως >60%) και χωρίς στηθάγχη (με ιστορικό όμως παλαιού εμφράγματος του μυοκαρδίου) 35-50%

β. Σε νόσο ενός αγγείου με καλή λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας (ΚΕ >60%), χωρίς στηθάγχη και χωρίς ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου 10-20%

γ. Σε νόσο περισσοτέρων του ενός αγγείου με ήπια δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας (κλάσμα εξωθήσεως 50-60%) ή/και με εμφάνιση στηθάγχης σε πολύ έντονη και παρατεταμένη κόπωση (στάδιο Ι της Καναδικής Καρδιολογικής Εταιρείας) 50%

δ. Με μέτρια δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας (κλάσμα εξωθήσεως 35-50%) ή/και στηθάγχη σε γρήγορο βάδισμα (ελαφρός περιορισμός της συνήθους δραστηριότητας. Στάδιο ΙΙ) 67%

ε. Με σοβαρή δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας (κλάσμα εξωθήσεως <35%) ή/και στηθάγχη σε κανονικό βάδισμα σε οριζόντιο έδαφος (σοβαρός περιορισμός. Στάδιο ΙΙΙ) 80%

στ. Με πολύ σοβαρή δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας (πολύ μειωμένο κλάσμα εξωθήσεως, έκδηλα σημεία καρδιακής ανεπάρκειας ή/και στηθάγχη σε πολύ ελαφρά δραστηριότητα ή στην ηρεμία (στάδιο IV) .... >80%

1.5.15. Μεταμόσχευση καρδίας

Η μεγάλη πρόοδος της χειρουργικής τεχνικής, η βελτίωση των ανοσοκατασταλτικών σχημάτων και η αύξηση των κέντρων που εφαρμόζουν προγράμματα μεταμόσχευσης της καρδιάς επέτρεψαν την αλματώδη αύξηση του αριθμού των καρδιακών μεταμοσχεύσεων κατά τα τελευταία χρόνια.

Ενδειξη για μεταμόσχευση καρδιάς είναι η εκτεταμένη καταστροφή του καρδιακού μυός και η καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου (IV) που δεν ανταποκρίνεται στην έντονη θεραπευτική αγωγή και δεν διορθώνεται με άλλη χειρουργική επέμβαση. Οι συνηθέστερες παθήσεις που οδηγούν στην κατάσταση αυτή είναι η μυοκαρδιοπάθεια (52%) και η στεφανιαία νόσος (40%). Σήμερα το προσδόκιμο της επιβίωσης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιακή μεταμόσχευση είναι 85% για τον πρώτο χρόνο και 75% για την πρώτη 5ετία.

Οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι της μετεγχειρητικής πορείας είναι η λοίμωξη και η απόρριψη της καρδίας.

Ο ασθενής με ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία μπορεί να ξαναγυρίσει σε ικανοποιητική οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική δραστηριότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Τον πρώτο χρόνο 100%
- Τα επόμενα 4 χρόνια 80%

(σε ανεπίπλεκτες περιπτώσεις)

1.6. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.6.1. Γαστρίτιδα-Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Γαστρίτιδα: Φλεγμονώδης αντίδραση του γαστρικού βλεννογόνου είτε υπό μορφή ατροφίας είτε υπό μορφή υπερτροφίας (παράγοντες ενδογενείς - εξωγενείς).

1. Ατροφική γαστρίτιδα: Αιτία ή αποτέλεσμα αδενώματος ή καρκινώματος του στομάχου ως και κακοήθους αναιμίας.
2. Υπερτροφική γαστρίτιδα: Αυτόνομος εκ διαφόρων παραγόντων ή συνοδός γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Ατροφική: Τα συμπτώματα της νόσου με προεξάρχοντα τη δυσπεψία, την καχεξία και τον καύσο.
2. Υπερτροφική: Επίμονος ανορεξία, γαστρικός φόρτος, ζάλη, τάση για έμετο.

Παρακλινικά ευρήματα

1. Ατροφία βλεννογόνου, ποσοτική και ποιοτική αλλοίωση του γαστρικού υγρού, αχλωρυδρία, έλλειμμα IgA ανοσοσφαιρίνης στο γαστρικό υγρό.
2. Οίδημα, αιμορραγία, πάχυνση βλεννογόνου, αύξηση HCl, ανεύρεση του μικροοργανισμού *Helicobacter pylori.*

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί κακοήθους αναιμίας με ενισχυτική θεραπεία και μικρή βελτίωση 15-20%
- Νόσος ιάσιμη με θεραπευτική αγωγή 0-5%

Παραλλαγές

- Φαρμακευτική 0-5%
- Γεροντικής ηλικίας ή χρονία 10-15%
- Συνδυαζόμενη με έλκος .... 15-20% [3 μήνες]
- Εκ παλινδρομήσεως χολής (bile-reflux) 15%
- Διαβρωτική εκ καταπόσεως καυστικών ουσιών με στενώσεις 70-80%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί όγκων: Τα του πρώτου επιπέδου και των όγκων και των πιθανών μεταστάσεων.

Παρακλινικά ευρήματα

Προεξάρχουν τα των όγκων. Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία κατάσταση μη αναστρέψιμη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί χειρουργήσιμων όγκων 60-80%
- Επί μη χειρουργήσιμων όγκων 100%
- Οξεία φάση υπό θεραπεία .... 20-50% [2 μήνες]
- Με αιμορραγία και χειρουργική θεραπεία .... 50% [6 μήνες]
- Χρόνιο έλκος με συντηρητική θεραπεία 20%

1.6.2. Νεοπλάσματα στομάχου

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνονται σε:

Α. Καλοήθη:
- Μεσεγχυματικής προελεύσεως (λειομύωμα-ίνωμα-λίπωμα κ.λπ.)
- Επιθηλιακής προελεύσεως (αδένωμα - θήλωμα)

Β. Κακοήθη (αδενοκαρκίνωμα - λέμφωμα - λειομυοσάρκωμα). Το 95% των κακοήθων νεοπλασμάτων του στομάχου αποτελεί ο καρκίνος. Συσχετίζεται με ύπαρξη ατροφικής γαστρίτιδας, εντερικής μεταπλασίας του βλεννογόνου και κακοήθους αναιμίας.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Α. Καλοήθη

Κλινικά ευρήματα

Συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό (συνήθως αιμορραγία και απόφραξη). Μερικά εξ αυτών αποτελούν προκαρκινικό στάδιο.

Παρακλινικά ευρήματα

Αναιμία (πιθανώς). Η διάγνωση γίνεται ακτινολογικώς, γαστροσκοπικώς, ιστολογικώς.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Χειρουργική αφαίρεση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................60-80% [3 μήνες] επί χειρουργικής αντιμετώπισης. Εν συνεχεία 10%

Β. Κακοήθη

Κλινικά ευρήματα

Επιπροσθέτως των ανωτέρω συμπτωμάτων, επιγαστραλγία και συμπτώματα καχεξίας και καταβολής.

Παρακλινικά ευρήματα

Αναιμία. Η διάγνωση γίνεται με ακτινολογικά, γαστροσκοπικά και ιστολογικά κριτήρια.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μετρία έως βαρεία. Χειρουργική αντιμετώπιση. Χημειοθεραπεία. Πιθανή ακτινοθεραπεία (λεμφώματα).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................70-100%

2ο Επίπεδο

Κακοήθη: Και με ύπαρξη μεταστάσεων (λεμφαδένες, ήπαρ, πνεύμονες)

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση βαρεία. Πιθανή χειρουργική αντιμετώπιση συνήθως ανακουφιστική χημειοθεραπεία. Πιθανώς ακτινοθεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................100%

1.6.3. Νεοπλάσματα λεπτού εντέρου

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα νεοπλάσματα του λεπτού εντέρου είναι σπάνια. Διακρίνονται σε καλοήθη (αδένωμα, λίπωμα, ίνωμα, αγγείωμα) και κακοήθη (καρκίνωμα, λέμφωμα, λειομυοσάρκωμα).

Στα καλοήθη μπορεί να υπαχθεί το σύνδρομο Peutz- Jeghers ενώ στα κακοήθη το καρκινοειδές σύνδρομο.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Α. Καλοήθη: Είναι συνήθως ασυμπτωματικά, ενίοτε συμπτώματα αποφράξεως ή αιμορραγίας.
Β. Κακοήθη:
1. Συμπτώματα εντερικής αποφράξεως
2. Αιμορραγίες εκ του πεπτικού
3. Διάτρηση (συνήθως λέμφωμα, σάρκωμα). Μεταστάσεις: ήπαρ, πνεύμονες, οστά.

Παρακλινικά ευρήματα

Η διάγνωση τίθεται με τον ακτινολογικό έλεγχο. Ενίοτε χρειάζεται ερευνητική λαπαροτομία.
Γ. Σύνδρομο Peutz - Jeghers: Οικογενής διαταραχή, μεταβιβαζομένη με τον επικρατούντα χαρακτήρα. Χαρακτηρίζεται από πολυποδίαση (οι πολύποδες είναι καλοήθη αμαρτώματα) και μελάγχρωση δέρματος - βλεννογόνων.
Δ. Καρκινοειδές σύνδρομο: Προέρχεται από τα αργυρόφιλα κύτταρα του εντερικού σωλήνος. Εντοπίζεται κυρίως στη σκωληκοειδή απόφυση και το λεπτό έντερο. Τα αργυρόφιλα κύτταρα παράγουν σεροτονίνη και 5-ΗΤ (5-υδροξυτρυπταμίνη).

Συμπτώματα

1. Από το δέρμα (flush).
2. Καρδιαγγειακό σύστημα (βαλβιδοπάθειες δεξιών κοιλοτήτων).
3. Συμπτώματα από το γαστρεντερικό (κοιλιακό άλγος, διάρροια).
4. Διαταραχές θρέψεως.
5. Συμπτώματα από το αναπνευστικό (ασθματοειδής κρίση).
6. Νευροφυτικές διαταραχές.
- Μεταστάσεις: Ενίοτε ηπατικές.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Α. Καλοήθη: πρόγνωση καλή. Θεραπεία επί εγκολεασμού ή αιμορραγίας χειρουργική.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................5%

Β. Κακοήθη: πρόγνωση κακή. Συνήθως καθυστερημένη η διάγνωση. Θεραπεία χειρουργική. Ακτινοθεραπεία (λεμφώματα).
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................67-80% (παραπομπή στο Κεφ. 6)

Γ. Peutz - Jeghers: πρόγνωση καλή
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........10%

Δ. Καρκινοειδές:
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μετρία πρόγνωση........30-50%
- Επί μεταστάσεων αναλόγως της βαρύτητας........50-70%

1.6.4. Ελκώδης κολίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χρονία φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου, επεκτεινομένη κατά συνέχεια ιστού και χαρακτηριζόμενη από περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Για την αιτιολογία της, επικρατέστερες θεωρίες είναι η ανοσολογική και η μικροβιακή.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ηπια μορφή. Εντοπισμένη στον πρωκτό

Κλινικά ευρήματα

Ενίοτε δυσκοιλιότητα αλλά υπάρχει αίμα στα κόπρανα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εχει την καλύτερη πρόγνωση. Σπανίως απαιτείται χειρουργική επέμβαση λόγω επιπλοκών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........20%

2ο Επίπεδο

Μέτρια μορφή

Κλινικά ευρήματα

Είναι η συνήθης μορφή με 5-10 διαρροϊκές κενώσεις με αίμα, πύον και βλέννη χωρίς παθογόνους μικροοργανισμούς.

Παρακλινικά ευρήματα

Κυρίως ακτινολογικά, ορθοσκοπικά ή κολονοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Θεραπεία συντηρητική. Επί επιπλοκών ενίοτε χειρουργική επέμβαση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........55% [3 μήνες] και μετά 35-50% επί επιπλοκών εκτιμάται αναλόγως

3ο Επίπεδο

Βαρεία μορφή (οξεία - κεραυνοβόλος)

Συμπτώματα - Κλινικά ευρήματα

Αφθονες αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις, τεινεσμός, πυρετός, καταβολή, απίσχναση, κοιλιακά άλγη, ευαισθησία στην ψηλάφηση, πληκτροδακτυλία.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένα λευκά, αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, υποπρωτεϊναιμία με αύξηση της α_2-σφαιρίνης.
Χαρακτηριστικά ακτινολογικά, ορθοσκοπικά ή κολονοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα.

Επιπλοκές της νόσου

Α. Εντερικές: Καρκίνος παχέος εντέρου, φλεγμονώδεις πολύποδες, τοξικό μεγάκολο.
Β. Εξωεντερικές:

Δέρμα: Οζώδες ερύθημα, πυόδερμα.

Οφθαλμοί: Ιριδοκυκλίτιδα.

Αρθρώσεις: Αρθρίτιδα περιφερικών αρθρώσεων, αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα.

Ηπαρ: Λιπώδης διήθηση, χολαγγειίτιδα, χρονία ενεργός ηπατίτιδα, κίρρωση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία κατάσταση. Η θεραπεία είναι συντηρητική και ενίοτε χειρουργική. Μικρό ποσοστό (<10%) αναρρωνύει πλήρως. Η επιβίωση βραχύνεται. Απαιτείται συχνή παρακολούθηση, ιδίως μετά τη συμπλήρωση 10ετίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........70-80% μέχρι 1 χρόνο, και μετά 35-50%
- Με εξαλλαγή........>67%

1.6.5. Νόσος του Crohn

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χρονία φλεγμονώδης πάθηση κυρίως του λεπτού και παχέος εντέρου, αγνώστου αιτιολογίας, χαρακτηριζόμενη συνήθως από περιοχές εντερικής στενώσεως και παθολογοανατομικώς από μη τυροειδοποιημένα κοκκιώματα του εντερικού τοιχώματος. Προσβάλλει άτομα ηλικίας 10-40 ετών.

Εντόπιση: 1/3 λεπτό έντερο, 1/3 παχύ έντερο, 1/3 λεπτό + παχύ έντερο. Πάντως το 40% των περιπτώσεων εντοπίζεται στην ειλεοτυφλική περιοχή. Χαρακτηριστικό της νόσου οι εξάρσεις και οι υφέσεις.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις.

Α. Εντερικές εκδηλώσεις
1. Κοιλιακό άλγος (συνήθως στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας)
2. Διάρροια
3. Ενίοτε συμπτώματα ειλεού
4. Αιμορραγία (συνήθως σε εντόπιση στο παχύ έντερο)
5. Περιπρωκτικές εκδηλώσεις (αποστήματα, συρίγγια)

Β. Εξωεντερικές εκδηλώσεις
1. Διαταραχές θρέψεως
2. Αιματολογικές διαταραχές (αναιμία, λευκοκυττάρωση)
3. Διαταραχές δέρματος - βλεννογόνων (οζώδες ερύθημα, στοματίτιδα)
4. Διαταραχές ήπατος - χοληφόρων (λιπώδες ήπαρ, περιχολαγγειίτιδα)
5. Διαταραχές αρθρώσεων (αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα)
6. Διαταραχές νεφρών (λιθιασική προδιάθεση, αποφρακτική ουροπάθεια)
7. Οφθαλμικές διαταραχές (ιρίτιδα, επισκληρίτιδα)
8. Πυρετός

Η διάγνωση θα γίνει με τα εξής κριτήρια: α) Κλινικά, β) ακτινολογικά, γ) κολονοσκοπικά, δ) ιστολογικά.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εφ' όσον το νόσημα θεωρείται χρόνιο μη ιάσιμο με εξάρσεις και υφέσεις, η πρόγνωση θεωρείται μέτρια.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Με χειρουργική αγωγή (βλ. Κεφ. 6)
- Με συντηρητική αγωγή....60% [2 μήνες]
- Στις υφέσεις....20%

1.6.6. Εκκολπωμάτωση - Εκκολπωματίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα εκκολπώματα είναι σακοειδείς σχηματισμοί αποτελούμενοι από βλεννογόνο και ορογόνο χιτώνα (ψευδή εκκολπώματα) είτε από όλους τους χιτώνες του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα (γνήσια εκκολπώματα). Η παρουσία εκκολπωμάτων συνιστά την εκκολπωμάτωση, ενώ επί φλεγμονής αυτών έχουμε την εκκολπωματίτιδα.

Τα εκκολπώματα είναι συγγενή και επίκτητα. Η αιτιολογία των επικτήτων δεν είναι συνήθως γνωστή. Για μεν τα εκκολπώματα του οισοφάγου ενοχοποιείται πιθανώς ο μηχανισμός έλξεως ή ωθήσεως του τοιχώματος, για δε τα εκκολπώματα του εντέρου, η διαταραχή της κινητικότητας αυτού, που οδηγεί σε χρόνια αυξημένη ενδοαυλική πίεση.

Η εκκολπωματίτιδα πιθανώς προκαλείται μετά από την απόφραξη του αυχένος των εκκολπωμάτων υπό κοπρανώδους υλικού.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1. Εκκολπώματα οισοφάγου

Συνήθως ασυμπτωματικά. Ενίοτε δυσφαγία, αναγωγή τροφών, δύσοσμος απόπνοια. Διόγκωση αριστεράς πλαγίας τραχηλικής χώρας επί φαρυγγο - οισοφαγικού ή εκκολπώματος Zenker.

2. Εκκολπώματα 12/δακτύλου

Κατά κανόνα χωρίς συμπτώματα. Επιπλοκή: αιμορραγία.

3. Εκκολπώματα λεπτού εντέρου

Ασυμπτωματικά. Ενίοτε δυσπεπτικά ενοχλήματα. Εάν είναι πολλά και ευμεγέθη δυνατόν να προκληθεί σύνδρομο δυσαπορροφήσεως.
Επιπλοκές: Εκκολπωματίτιδα, διάτρηση, εντερική απόφραξη και αιμορραγία.

4. Μεκέλειος απόφυση-εκκόλπωμα

Συνήθως αποκαλύπτεται τυχαία ή μετά από κάποια επιπλοκή, όπως: φλεγμονή, διάτρηση, αιμορραγία, εγκολεασμό.

5. Εκκολπώματα παχέος εντέρου

Συνήθως ασυμπτωματικά.
Επί εκκολπωματίτιδας προκαλείται άλγος κοιλίας με πυρετό, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, δημιουργία περικολικού αποστήματος και ενίοτε αιμορραγία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η διάγνωση γίνεται ακτινολογικά ή με ενδοσκόπηση.
Αγωγή συντηρητική ενίοτε απαιτείται χειρουργική επέμβαση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%
- Επί επεμβάσεως, βλ. Κεφ. 6.

1.6.7. Ηπατίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φλεγμονώδης νόσος του ήπατος. Διακρίνεται στην οξεία και τη χρονία μορφή όταν αυτή διαρκεί πλέον των 6 μηνών.

Τα αίτια είναι πολλά: τοξίνες, φάρμακα, ιοί (ιοί ηπατίτιδας, λοιμώδους μονοπυρηνώσεως, κίτρινου πυρετού κ.λπ.), σπειροχαίτες (συγγενής ή δευτερογόνος σύφιλη), πρωτόζωα (αμοιβάδα ιστολυτική) κ.λπ.

Από τις οξείες ηπατίτιδες συνηθέστερες και με ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι οι ηπατίτιδες που προκαλούνται από τους ιούς της ηπατίτιδας Α, Β, C και Δέλτα που πολλαπλασιάζεται μόνον παρουσία του ιού Β. Ο ιός C προκαλεί την παρεντερικώς μεταδιδόμενη ΜηΑ-ΜηΒ ηπατίτιδα και ο ιός Ε προκαλεί την εντερικώς μεταδιδόμενη ΜηΑ-ΜηΒ ηπατίτιδα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1. ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Κλινικά ευρήματα

Μπορεί να είναι ασυμπτωματική έως κεραυνοβόλος και να οδηγήσει στο θάνατο εντός ολίγων ημερών εν μέσω φαινομένων ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Παρουσιάζει ανορεξία, ναυτία, πυρετό, επιγαστραλγία, συμπτωματολογία από το ανώτερο αναπνευστικό, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, διόγκωση λεμφαδένων.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση τρανσαμινασών, χολερυθρίνης, ενίοτε αλκαλικής φωσφατάσης και παράταση χρόνου προθρομβίνης. Επί ηπατίτιδας Α ανιχνεύονται IgM ανοσοσφαιρίνες και αντι-HAV-total αντισώματα στον ορό. Επί ηπατίτιδας Β υπάρχουν 3 χωριστά συστήματα αντιγόνων με τα αντίστοιχα αντισώματα που σχετίζονται με τη λοίμωξη (HBcAg-HBeAg-HBsAg) και η δράση της DNA πολυμεράσης. Για την ανίχνευση των ιών Δέλτα, C και Ε δεν υπάρχουν ευρείας εφαρμογής μέθοδοι ακόμη (ελέγχεται όμως η παρουσία αντι-HDV και αντι-HCV αντισωμάτων στον ορό). Πάντως ο παράγων Δέλτα συνυπάρχει με τη Β ηπατίτιδα και επιδεινώνει την πρόγνωση. Η βιοψία δείχνει διάχυτη ή εστιακή νέκρωση των ηπατικών κυττάρων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ανάπαυση θεωρείται αναγκαία για την ανάρρωση. Συνήθως κλινική ανάρρωση σε 3-16 εβδομάδες ενώ η βιοχημική ομαλοποίηση καθυστερεί.
Η ηπατίτιδα Α, σε αντίθεση με τη Β και τη C, δεν μεταπίπτει σε χρονία ενεργό ηπατίτιδα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80% [3 μήνες] ή έως ότου ομαλοποιηθούν οι τιμές των τρανσαμινασών.

2. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

α) Χρονία επιμένουσα ηπατίτιδα

Κλινικά ευρήματα

Ασυμπτωματική νόσος αλλά μπορεί να εμφανίζει δυσπεψία, ανορεξία, κόπωση.

Παρακλινικά ευρήματα

Χολερυθρίνη φυσιολογική, τρανσαμινάσες φυσιολογικές ή ελαφρώς αυξημένες και συνήθως HBsAg θετικό. Η βιοψία επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή και σπανίως μεταπίπτει σε χρονία ενεργό ηπατίτιδα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10%

β) Χρονία ενεργός ηπατίτιδα

Κλινικά ευρήματα

Χαρακτηρίζεται από περιόδους επιδεινώσεως της ηπατικής λειτουργίας με ίκτερο.

Παρακλινικά ευρήματα

Σημαντική αύξηση τρανσαμινασών, αύξηση της IgG, IgM και γ-σφαιρίνης και αργότερα μείωση λευκωμάτων με παράταση χρόνου προθρομβίνης· ενίοτε θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα και αντισώματα έναντι λείων μυϊκών ινών.
Αναφέρονται διάφοροι τύποι της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Η νόσος παρουσιάζει χαρακτηριστικά ιστολογικά ευρήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Μερικοί αναπτύσσουν ηπάτωμα και οι περισσότεροι καταλήγουν από ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια ή επιπλοκές πυλαίας υπερτάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%
και επί κιρρώσεως .... >80%

1.6.8. Ηπατικό απόστημα (πυογόνο-αμοιβαδικό)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πυογόνο ηπατικό απόστημα

Η εγκατάσταση στο ήπαρ πυογόνων μικροοργανισμών και η ανάπτυξη μονήρους ή πολλαπλών αποστημάτων δύναται να γίνει:
α) Δια της πυλαίας φλεβός (σκωληκοειδίτιδα)
β) Δια των χαλαγγείων (χολαγγειίτιδα)
γ) Δια της ηπατικής αρτηρίας (σηψαιμία)
δ) Κατόπιν τραυματισμού

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Α. Συμπτώματα της πρωτογενούς νόσου (χολαγγειίτιδα)
Β. Σηπτικός πυρετός
Γ. Τοπικά συμπτώματα (άλγος)
Δ. Συμπτώματα από το αναπνευστικό σε ποσοστό 20%
Ε. Ικτερος σε ποσοστό 20%

Παρακλινικά ευρήματα

Το απόστημα θα διαγνωσθεί με σπινθηρογράφημα-υπερηχοτομογράφημα, υπολογιστική τομογραφία και διαδερμική ή χειρουργική παρακέντηση της αποστηματικής κοιλότητας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μετρία, υψηλή θνητότητα, παρά τη θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Συντηρητική (6 εβδομάδες) .... 60-80% [4 μήνες]
- Χειρουργική βλ. Κεφ. 6.

Αμοιβαδικό ηπατικό απόστημα

Προϋπάρχει έστω και ασυμπτωματική εντερική αμοιβάδωση. Εχει τα ίδια κλινικά και εργαστηριακά με το πυογόνο ευρήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία συντηρητική

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 60-80% 4 μήνες

1.6.9. Κίρρωση ήπατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χρονία ηπατοκυτταρική βλάβη χαρακτηριζόμενη από ίνωση και σχηματισμό αναγεννητικών όζων. Πολλοί παράγοντες δυνατόν να προκαλέσουν κίρρωση: λοιμώδης ηπατίτιδα, αλκοολισμός (αλκοολική ηπατίτιδα), παρατεταμένη χολόσταση, φλεβική στάση (απόφραξη ηπατικών φλεβών, καρδιακή ανεπάρκεια), μεταβολικά νοσήματα (γαλακτοζαιμία, νόσος του Wilson κ.λπ.), τοξικές ουσίες κ.ά.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Λανθάνουσα ή καλώς αντιρροπούμενη μορφή

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως ασυμπτωματική, αλλά δυνατόν να αποκαλυφθεί μετά από ρήξη κιρσών οισοφάγου. Ισως υπάρχει ηπατομεγαλία ή δερματικές εκδηλώσεις (ηπατικές παλάμες, σπίλοι κ.λπ.).

Παρακλινικά ευρήματα

- Αναιμία - θρομβοκυτοπενία - λευκοπενία.
- Λευκωματίνη ορού ελαττωμένη.
- γ-σφαιρίνες αυξημένες.
- Αυξημένη κατακράτηση BSP
- Κιρσοί οισοφάγου.
- Η βιοψία θέτει τη διάγνωση.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εντός διαστήματος μηνών ή ετών οδηγεί στη μη αντιρροπούμενη μορφή. Γενικώς η εξέλιξη είναι απρόβλεπτη. Λοιμώξεις ή χειρουργικές επεμβάσεις επιταχύνουν την εξέλιξη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......>67%

2ο Επίπεδο

Μη αντιρροπούμενη (ασκιτική φάση)

Κλινικά ευρήματα

Σε αυτή τη φάση προστίθενται:

- Καταβολή, απώλεια βάρους, ναυτία
- Ικτερος (κακό προγνωστικό στοιχείο)
- Πυρετός
- Ενδοκρινικές διαταραχές
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις
- Πληκτροδακτυλία
- Επίφλεβο κοιλίας
- Ασκίτης, πλευριτική συλλογή, περιφερικό οίδημα
- Νευρολογικές εκδηλώσεις (ηπατική εγκεφαλοπάθεια)

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση τρανσαμινασών, αλκαλικής φωσφατάσης, χολερυθρίνης, υποnατριαιμία.

Επιπλοκές

1. Καρκίνος του ήπατος (κυρίως επί μεγαλοοζώδους κιρρώσεως)
2. Φυματίωση
3. Μικροβιακή περιτονίτιδα

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Μικρός αριθμός ασθενών (35%) επιζούν πέραν της 5ετίας. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μεταμόσχευση ήπατος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......80-100%

1.6.10. Εχινόκοκκος ήπατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρασιτική νόσος οφειλόμενη στην ταινία του εχινοκόκκου. Ο άνθρωπος μολύνεται είτε, συνήθως, εξ επαφής μετά των κυρίως ξενιστών (κύων - γαλή), είτε δια βρώσεως λαχανικών ή πόσεως ύδατος μεμολυσμένων από περιττώματα των κυρίως ξενιστών. Τα εισελθόντα στον πεπτικό σωλήνα του ανθρώπου ωά, δια του λεμφοφόρου δικτύου, εγκαθίστανται σε διάφορα όργανα (κατ' εξοχή ήπαρ) λαμβάνοντα τη μορφή κύστεως.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ο άνευ επιπλοκών εχινόκοκκος

Κλινικά ευρήματα

- Συνήθως άνευ συμπτωμάτων
- Ενίοτε αίσθημα τάσεως στο δεξιό υποχόνδριο.

Παρακλινικά ευρήματα

Πληροφορίες στη διάγνωση θα παράσχουν:

1. Ο αυξημένος τίτλος αντιεχινοκοκκικών αντισωμάτων
2. Η ακτινογραφία ήπατος (σε αποτιτανωμένες μορφές)
3. Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας
4. Η αξονική τομογραφία άνω κοιλίας
5. Το σπινθηρογράφημα ήπατος

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή πρόγνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......10%

Επί χειρουργικής αντιμετωπίσεως βλ. Κεφ. 6.

2ο Επίπεδο

Ο μετά επιπλοκών εχινόκοκκος

Κλινικά ευρήματα

Δυνατόν ο ασυμπτωματικός επί έτη εχινόκοκκος : 1) να ραγεί προς το περιτόναιο, χοληφόρα, πνεύμονες, έντερο, 2) να επιμολυνθεί με πυογόνους κόκκους και 3) να εμφανίσει αλλεργικές εκδηλώσεις με την είσοδο υγρού της κύστεως στην κυκλοφορία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση: Μέτρια ως βαριά. Και οι τρεις επιπλοκές αποτελούν βαριά κατάσταση με αυξημένο ποσοστό θνητότητας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 60-80%

Επί διασποράς
- Χωρίς δευτεροπαθείς εντοπίσεις 40%
- Με δευτεροπαθείς εντοπίσεις και με υπολείμματα 60%

1.6.11. Καρκίνος ήπατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος εξορμάται είτε από τα παρεγχυματικά ηπατικά κύτταρα (ηπάτωμα) είτε από τα κύτταρα των μικρών χοληφόρων πόρων (χολαγγείωμα). Συνήθως συνοδεύει κίρρωση ήπατος. Αναφέρθηκε συσχέτιση ηπατώματος και ηπατίτιδας Β' ενοχοποιήθησαν διάφορες τοξικές ουσίες (νιτροζαμίνες, αφλατοξίνες).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Αιφνίδια επιδείνωση συμπτωμάτων κιρρώσεως υποδηλώνει ενδεχόμενη ανάπτυξη καρκινώματος
2. Καχεξία - ανορεξία - απώλεια βάρους
3. Αλγος
4. Ικτερος - ασκίτης

Παρακλινικά ευρήματα

1. Αύξηση α_1-εμβρυϊκής σφαιρίνης
2. Παθολογική ηπατική βιολογία (τρανσαμινάσες, γGT, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση)
3. Αυστραλιανό αντιγόνο θετικό (άνω των 50% των περιπτώσεων)
4. Σπινθηρογράφημα ήπατος (αγγειοβριθής περιοχή επί ηπατώματος)
5. Αρτηριογραφία (αγγειοβριθής περιοχή επί ηπατώματος)
6. Υπερηχοτομογραφία
7. Υπολογιστική αξονική τομογραφία
8. Βιοψία

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή πρόγνωση. Χειρουργική αντιμετώπιση. Χημειοθεραπεία. Μεταμόσχευση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 100%

1.6.12. Νοσήματα χοληφόρων οδών

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το συνηθέστερο νόσημα των χοληφόρων οδών είναι η λιθίαση. Το 90% των λίθων σχηματίζεται εντός της χοληδόχου κύστεως με προδιαθεσικούς παράγοντες την παχυσαρκία, το σακχαρώδη διαβήτη, την υπερλιπιδαιμία και τις χρόνιες αιμολυτικές αναιμίες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Α. Ασυμπτωματική

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χωρίς χειρουργική επέμβαση 0-5%
- Με χειρουργική επέμβαση βλ. Κεφ. 6.

Β. Μετά κωλικού

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χωρίς χειρουργική επέμβαση 0-10%
- Με χειρουργική επέμβαση βλ. Κεφ. 6.

Γ. Μετά επιπλοκών βλ. Κεφ. 6.

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Οι επιπλοκές της λιθίασης των χοληφόρων είναι:

1. Οξεία χολοκυστίτιδα (σηπτικός πυρετός, ίκτερος, ευαισθησία, ελαφρά σύσπαση δεξιού υποχονδρίου).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Αρχικά συντηρητική θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................60% [1 μήνα]

2. Υδρωπας χοληδόχου. Επί ενσφηνώσεως λίθου στον κυστικό πόρο η χοληδόχος πληρούται από άσηπτο υγρό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία χειρουργική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. χειρουργικές παθήσεις Κεφ. 6)

3. Εμπύημα χοληδόχου. Για την αυτή αιτία η χοληδόχος πληρούται από πυώδες υγρό. Εντονο και παρατεταμένο άλγος, σηπτικός πυρετός, ευαισθησία, σύσπαση δεξιού υποχονδρίου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μετρία. Θεραπεία χειρουργική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. χειρουργικές παθήσεις Κεφ. 6)

4. Γάγγραινα. Διάτρηση. Περιτονίτιδα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μετρία. Θεραπεία χειρουργική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. χειρουργικές παθήσεις Κεφ. 6)

5. Οξεία χολαγγειίτιδα (σηπτικός πυρετός, ίκτερος, ευαισθησία, σύσπαση δεξιού υποχονδρίου) (ο λίθος ενσφηνούται στο χοληδόχο πόρο).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία ίδια με εκείνη της οξείας χολοκυστίτιδας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................60% [1 μήνα]

6. Ηπατικό απόστημα. Σηπτικός πυρετός, σύσπαση δεξιού υποχονδρίου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βλέπε ηπατικό απόστημα

7. Παγκρεατίτιδα. Κοιλιακό άλγος, έμετοι, ευαισθησία, σύσπαση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βλέπε παγκρεατίτιδα

8. Κακοήθης εξαλλαγή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μετρία έως κακή. Θεραπεία χειρουργική.

1.6.13. Παγκρεατίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φλεγμονώδης διαταραχή του παγκρέατος που συνοδεύεται από οίδημα, διόγκωση, αυτοπεψία, νέκρωση και αιμορραγία. Διακρίνουμε τη νόσο σε οξεία και οξεία υποτροπιάζουσα μορφή κατά τις οποίες η ανατομία και η φυσιολογία του οργάνου παραμένουν ανέπαφες μετά την αποδρομή του οξέος επεισοδίου, και χρόνια μορφή κατά την οποία η ανατομία και η φυσιολογία του οργάνου παραμένουν μονίμως παθολογικές.

- Τα συνήθη αίτια της παγκρεατίτιδας είναι:

1. Κατάχρηση οινοπνεύματος
2. Χολολιθίαση
3. Μετατραυματική ή μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα
4. Λοιμώδη νοσήματα (παρωτίτιδα)
5. Φάρμακα (στερινοειδή, αντισυλληπτικά)

- Διάφορα άλλα αίτια (υπερλιπιδαιμίες, υπερπαραθυρεοειδισμός).

Παθολογοανατομική διάκριση: Α) ορώδης και Β) αιμορραγική-νεκρωτική.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Οξεία και υποξεία υποτροπιάζουσα μορφή

Κλινικά ευρήματα

Κοιλιακό άλγος, έμετοι, πυρετός, ταχυκαρδία. Αργότερα δυνατόν να εμφανισθούν: παραλυτικός ειλεός, πλευρίτιδα, ατελεκτασία, περιτονίτιδα, καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια, συμπτώματα shock.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση αμυλάσης αίματος, ούρων. Λευκοκυττάρωση. Υπεργλυκαιμία, σακχαρουρία. Υπασβεστιαιμία. Παθολογική ηπατική βιοχημεία. Ακτινογραφία θώρακος, κοιλίας. Υπερηχοτομογράφημα

άνω κοιλίας. Αξονική τομογραφία κοιλίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ορώδης: Καλή πρόγνωση, θεραπεία συντηρητική 70% [3 μήνες]
- Νεκρωτική αιμορραγική: κακή πρόγνωση. Θνητότητα 70%80%
- Υποτροπιάζουσα - έξαρση........ 70% [3 μήνες]

Ανάλογα με τον επηρεασμό της γενικής οικονομίας του οργανισμού και των υπολειμματικών στοιχείων........ 35-67%

Χρονία μορφή

Τα κριτήρια μεταπτώσεως στη χρονία μορφή είναι τα εξής:
- Χρόνιο μόνιμο κοιλιακό άλγος.
- Απώλεια βάρους.
- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Στεατόρροια.
- Μόνιμος ίκτερος.
- Ψηλαφητή ψευδοκύστη.
- Υποτροπιάζων ασκίτης.
- Επεισόδιο γαστρεντερικής αιμορραγίας.

1.6.14. Κύστεις παγκρέατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνονται από αιτιολογικής απόψεως σε:
1. Ψευδοκύστεις (προέρχονται κατόπιν τραυματισμού ή παγκρεατίτιδας)
2. Κύστεις εκ κατακρατήσεως (από απόφραξη παγκρεατικού πόρου)
3. Κυσταδένωμα (σπάνιο). Μπορεί να υποστεί εξαλλαγή.
4. Συγγενής κυστική νόσος (πολλαπλή εντόπιση κύστεων σε πάγκρεας - νεφρούς - ήπαρ)
5. Ινοκυστική νόσος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Α. Οι μικρές κύστεις είναι ασυμπτωματικές.
Β. Οι μεγάλες προκαλούν άλγος, έμετο και αποφρακτικό ίκτερο· ενίοτε είναι ασυμπτωματικές.

Παρακλινικά ευρήματα

Η διάγνωση θα γίνει με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Α. Πρόγνωση καλή. Καμιά θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 0-5%

Β. Πρόγνωση καλή. Ενίοτε χειρουργική θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. Κεφ. 6).

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Οι μεγάλες κύστεις μπορεί να επιπλακούν από αιμορραγία - ρήξη - λοίμωξη. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην ινοκυστική νόσο του παγκρέατος. Νόσος της παιδικής ηλικίας κληρονομούμενη με τον υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα και προσβάλλουσα τους εξωκρινείς αδένες.

Χαρακτηριστικά της νόσου:
1. Συχνές λοιμώξεις αναπνευστικού
2. Στεατόρροια - ειλεός
3. Διαταραχές θρέψεως
4. Περιεκτικότητα του ιδρώτα σε NaCl εξαιρετικώς υψηλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πρόγνωση μετρία. Θεραπεία: Ενίοτε χειρουργική (βλ. Κεφ. 6)
- Πρόγνωση κακή (επί ινοκυστικής νόσου)........ 80-100%

1.6.15. Καρκίνος παγκρέατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το 90% των περιπτώσεων είναι αδενοκαρκίνωμα από κύτταρα των παγκρεατικών πόρων, ενώ το 10% προέρχεται από κύτταρα των νησιδίων ή από κύτταρα των αδενοκυψελών. Σήμερα καταλαμβάνει την 4η θέση σε σειρά συχνότητας (μετά από τους καρκίνους πνεύμονα - παχέος έντερου - μαστού).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως μη ειδικά γι' αυτό καθυστερεί και η διάγνωση.

1. Επιγάστρικό άλγος.
2. Ανορεξία, απώλεια βάρους.
3. Εμετοι, αποστροφή στο κρέας.
4. Διαταραχές συναισθήματος.
5. Ικτερος (επί εντοπισμού στην κεφαλή).
6. Μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα.
7. Οξεία παγκρεατίτιδα.
8. Σακχαρώδης διαβήτης.
9. Αιμορραγία (από διήθηση) πεπτικού.
10. Παρανεοπλασματικά ενδοκρινικά σύνδρομα (Cushing, υπερασβεστιαιμία).

Διαγνωστικά μέσα για τον καρκίνο παγκρεάτος είναι:

1. Το υπερηχογράφημα.
2. Η υπολογιστική αξονική τομογραφία.
3. Η ανιούσα ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατογραφία (ERCP).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή. Θνητότητα υψηλή, προσεγγίζουσα το 95%

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

1.7. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.7.1. Πυελονεφρίτιδες (ουρολοιμώξεις)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οξεία πυελονεφρίτιδα: Περισσότερο δόκιμος είναι ο όρος ουρολοίμωξη. Λοιμώξεις του ουροποιητικού είναι συχνότερες στο θήλυ. Ανατομικές ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος ευνοούν τις ουρολοιμώξεις. Το κολοβακτηρίδιο, ο πρωτέας και η ψευδομονάδα είναι τα συνηθέστερα αίτια μολύνσεων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Αλγος κατά τις νεφρικές χώρες, πυρετός, ρίγος, συχνουρία και δυσουρία.

Παρακλινικά ευρήματα

1) Εξέταση ούρων, ανεύρεση πυοσφαιρίων αν και η απουσία αυτών δεν αποκλείει βακτηριουρία.
2) Ουροκαλλιέργεια: Ανεύρεση μικροοργανισμών σε αριθμό άνω των 100.000/ml υποδηλοί λοίμωξη.
3) Ενδοφλέβιος πυελογραφία και κυστεογραφία επί υποτροπιαζουσών προσβολών πυελονεφρίτιδας προς αποκάλυψη ανατομικών ανωμαλιών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η δραστική θεραπευτική αντιμετώπιση έχει άριστα αποτελέσματα και προλαμβάνει τη χρονιότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 30% [2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Χρόνια πυελονεφρίτιδα

Η διάγνωση παρουσιάζει πολλές δυσχέρειες και τίθεται όταν ο ασθενής προσέρχεται με πρόβλημα χρονίας νεφρικής ανεπάρκειας μετά ή άνευ αρτηριακής υπερτάσεως.

Κλινικά ευρήματα

Καταβολή, ανορεξία, μικρός πυρετός, πολυδιψία και πολυουρία. απότοκος της αδυναμίας των νεφρών προς συμπύκνωση.

Παρακλινικά ευρήματα

1) Τα ούρα περιέχουν πολυμορφοπύρηνα, υαλώδεις κυλίνδρους και μικρή ποσότητα λευκώματος.
2) Βακτηριουρία.
3) Ακτινολογικός έλεγχος αποκαλύπτει διαφοροποίηση μεγέθους των νεφρών.
4) Αδυναμία συμπύκνωσης των ούρων είναι πρώιμο χαρακτηριστικό εύρημα προ πάσης εκδήλωσης χρονίας νεφρικής ανεπάρκειας.
5) Προσδιορισμός ουρίας αίματος, κρεατινίνης αίματος, και clearance κρεατινίνης.
6) Βιοψία νεφρών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος διατρέχει χρονίως. Τελικώς καταλήγει σε χρονία νεφρική ανεπάρκεια και αρτηριακή υπέρταση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς αρτηριακή υπέρταση 55-67%
- Με αρτηριακή υπέρταση 67-80%

1.7.2. Πολυκυστικοί νεφροί

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ανήκουν στις κληρονομικές και συγγενείς νόσους των νεφρών. Κληρονομούνται με το σωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. Ο φλοιός αλλά και ο μυελός των νεφρών συνήθως καταλαμβάνεται από λεπτοτοιχωματικές - σφαιρικές κύστεις.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Πλευριτικός πόνος - κωλικοί νεφρού λόγω αποβολής λίθων αιματουρία - ουρολοιμώξεις - αρτηριακή υπέρταση - χρονία νεφρική ανεπάρκεια - διόγκωση της κοιλίας απότομη.

Παρακλινικά ευρήματα

Πρωτεϊνουρία η οποία σπάνια υπερβαίνει τα 2 g την ημέρα.

Κατά την ενδοφλέβια πυελογραφία οι νεφροί ανευρίσκονται διογκωμένοι. Το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία των νεφρών αποκαλύπτουν τις κύστεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς νεφρική ανεπάρκεια ή αρτηριακή υπέρταση 67%
- Με νεφρική ανεπάρκεια ή αρτηριακή υπέρταση 80%

1.7.3. Υδρονεφρώσεις

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οποιοδήποτε εμπόδιο στην ελεύθερη ροή των ούρων (όγκος στένωση - λίθος ή υπερτροφία του προστάτη) έχει ως αποτέλεσμα υδρονέφρωση και πολύ αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων του ουροποιητικού. Η λοίμωξη σε έδαφος αποφράξεως του ουροποιητικού μπορεί να οδηγήσει σε ταχεία καταστροφή του νεφρικού ιστού. Πολλοί διαφορετικοί μικροοργανισμοί μπορεί να μολύνουν το ουροποιητικό αλλά οι συνηθέστεροι είναι οι Gram αρνητικοί.

Είναι συνήθως αμφοτερόπλευρος και κατά κανόνα το κώλυμα ευρίσκεται στον αυχένα της κύστεως ή στην ουρήθρα. Ο ετερόπλευρος υδρόνεφρος είναι αποτέλεσμα κωλύματος που εντοπίζεται στην πυελοουρητηρική συμβολή ή κατά μήκος του ουρητήρα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Προεξάρχουν τα του κωλύματος και των συνοδών ουρολοιμώξεων. Το ήπιο άλγος στην οσφύ, ο πυρετός, η αναιμία και η καχεξία υποδηλώνουν χρονία απόφραξη.

Παρακλινικά ευρήματα

Ολιγουρία μέχρις ανουρίας, αιματουρία, πυουρία, ουραιμία, αναιμία. Πρώιμες θετικές ενδείξεις από την απεικονιστική διαγνωστική.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η έγκαιρη χειρουργική άρση του κωλύματος στη ροή των ούρων έχει απολύτως ικανοποιητικά αποτελέσματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........40% [6 μήνες]
- Επί εγκαταστάσεως ΝΑ........55-67%
- Αν ο αιτιολογικός παράγων αφορά χωροκατακτητική εξεργασία ανάλογα με την εξέλιξη και την έκταση........>67%

1.7.4. Νεοπλάσματα νεφρού

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Από τους κακοήθεις όγκους των νεφρών το αδενοκαρκίνωμα (όγκος, Grawitz, υπερνέφρωμα) είναι ο συνηθέστερος προερχόμενος από το επιθήλιο των ουροφόρων σωληναρίων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους, καχεξία, πυρετός, διόγκωση του νεφρού, αιματουρία, αναιμία.

Παρακλινικά ευρήματα

Ηωσινοφιλία, λευχαιμοειδείς αντιδράσεις, αυξημένη ΤΚΕ.
Επίσης παράγεται αριθμός ορμονών, όπως παραθορμόνη, προλακτίνη, γονοδοτροπίνες και γλυκοκορτικοειδή. Αναιμία και ενίοτε πολυκυτταραιμία. Υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία βοηθούν στη διάγνωση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η σημερινή ολική 5ετής επιβίωση είναι περίπου 45%. Αν δεν υπάρχουν μεταστάσεις το ποσοστό επιβίωσης αυξάνει στα 65%.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χωρίς μεταστάσεις........67%
- Οταν υπάρχουν μεταστάσεις στους πνεύμονες, υπεζωκότα και οστά........80-100%

1.7.5. Νεφρωσικό σύνδρομο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συνίσταται σε οξεία ή χρόνια βλάβη των λειτουργικών μονάδων του νεφρού (βασική μεμβράνη - σπείραμα) με κύριο χαρακτηριστικό την πρωτεϊνουρία.

Νεφρωσικό σύνδρομο μπορεί να προκαλέσουν:

α) Γενικευμένα νοσήματα: Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η οζώδης πολυαρτηρίτιδα, το πολλαπλούν μυέλωμα, η αναφυλακτοειδής πορφύρα (Henoch - Schönlein), η σύφιλη, η ελονοσία, κ.ά.
β) Νεφρικές παθήσεις: Η οξεία καί χρονία σπειραματονεφρίτιδα και η θρόμβωση των νεφρικών φλεβών.
γ) Νεφροτοξικές ουσίες: Βαρέα μέταλλα, η πενικιλλαμίνη, η τριμεδιόνη, η παραδιόνη. Οταν δεν αποκαλύπτεται σαφές αίτιο το νεφρωσικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθές.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Το νεφρωσικό σύνδρομο κλινικώς προβάλλει με οίδημα. *Με το* καθολικό οίδημα συνυπάρχει ασκίτης ή υδροθώρακας. Οι πάσχοντες είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις. Κατά την οιδηματική φάση οι ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία και εμφανίζουν γαστρεντερικές διαταραχές.

Παρακλινικά ευρήματα

Από τα ούρα:
α) Βαρεία πρωτεϊνουρία, άνω των 4 g/ 24 h.
β) Πολλές φορές διαπιστούται παροδική μικροσκοπική ή μακροσκοπική αιματουρία.

Από τον ορό αίματος:
α) Προσδιορισμός πρωτεϊνών ορού και ηλεκτροφόρηση: Χαμηλή τιμή λευκωματίνης και γ-σφαιρίνης ορού και υψηλή τιμή α και β-σφαιρίνης.
β) Αυξημένη τιμή χοληστερίνης και λιπιδίων ορού γενικώς.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ύπαρξη και τη φύση της υποκειμένης νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80%

1.7.6. Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι η τελική κατάληξη πολλών παθήσεων των νεφρών. Από τα συχνότερα αίτια της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας εί-

ναι η σπειραματονεφρίτιδα, οι νόσοι σωληναρίων, η διαβητική νεφροπάθεια, η νεφροσκλήρυνση, ο πολυκυστικός νεφρός, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, κ.λπ.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

α) Αναιμία.
β) Γαστρεντερικές διαταραχές (ανορεξία, ναυτία, έμετοι, ουραιμική απόπνοια, γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος).
γ) Δερματολογικές διαταραχές (ωχρότητα, κνησμός, εκχυμώσεις).

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης του αίματος. Δαταραχές των λευκωμάτων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αναιμία, τα οιδήματα, η ουραιμία αλλά κυρίως η clearance κρεατινίνης είναι αξιόπιστα κριτήρια για τον προσδιορισμό της βαρύτητας. Clearance κρεατινίνης < 75 ml/min.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........40%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

α) Καρδιαγγειακές και πνευμονικές διαταραχές (αρτηριακή υπέρταση, περικαρδίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια, ουραιμικός πνεύμονας, αρρυθμίες).
β) Νευρομυϊκές διαταραχές (κάματος, διαταραχές ύπνου, κεφαλαλγία, πλημμελής διανοητική λειτουργία, λήθαργος, περιφερική νευροπάθεια, παράλυση, μυϊκός κλόνος, επιληπτικοί σπασμοί, κώμα, επώδυνες μυϊκές συσπάσεις).
γ) Ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές (νεφρική οστεοδυστροφία, δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός, αμηνόρροια).

Παρακλινικά ευρήματα

Πολυουρία, υποσθενουρία, διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών με υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία, οξέωση, υπασβεστιαιμία, υποφωσφαταιμία, διαταραχές βιταμίνης D, αναιμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μέχρι 50 ml/min........μέχρι 67%
- Κάτω των 50 ml/min........80%

1.7.7. Μεταμόσχευση νεφρού

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι το μόνο μέσο επιβίωσης ασθενούς με τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Ασθενής προοριζόμενος να υποστεί μεταμόσχευση υφίσταται τακτικώς αιμοκάθαρση μέχρι να ευρεθεί ο κατάλληλος δότης.

Απόρριψη του μοσχεύματος δυνατόν να επισυμβεί οξέως ή μετά πάροδο εβδομάδων ή ετών. Πρόκειται περί ανοσολογικών φαινομένων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα της νεφρικής δυσλειτουργίας χωρίς επιπλοκή. Ενίοτε επανεμφάνιση της αρχικής σπειραματικής νόσου επί των μοσχευμάτων προφανώς εκ της επιδράσεως του ιδίου ανοσολογικού μηχανισμού ή και συνοδών επιπλοκών, ως λοίμωξη με πυρετό, πνευμονικές βλάβες, έμφραγμα μυοκαρδίου, υπέρταση, Ca δέρματος χειλέων, αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα ή αιμορραγική παγκρεατίτιδα, οστεοπόρωση, διαβήτης, καταρράκτης.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα σπουδαιότερα: υπερασβεστιαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, υπεργλυκαιμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Κατά το στάδιο προετοιμασίας και μετεγχειρητικά........>80%
- Επί αφομοιώσεως του μοσχεύματος........67% [2 έτη]
- Επί απορρίψεως του μοσχεύματος ή σοβαρών επιπλοκών........>80%

1.7.8. Προστατίτιδες

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο όρος προστατίτιδα περιγράφει διάφορες φλεγμονές του προστάτη, περιλαμβανομένων των οξειών και χρονίων λοιμώ-

ξεων από ειδικούς μικροοργανισμούς και περιπτώσεις στις οποίες υπάρχουν σημεία και συμπτώματα φλεγμονής του προστάτη.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

α) Οξεία βακτηριακή προστατίτιδα. Οφείλεται κυρίως σε Gram αρνητικά παθογόνα του ουροποιητικού ενίοτε και στον *Staphylococcus aureus*. Χαρακτηρίζεται από πυρετό, ρίγος, δυσουρία και ευαίσθητο προστάτη, άλγη περινέου ή όρχεων.

β) Χρονία βακτηριακή προστατίτιδα. Είναι η κύρια αιτία υποτροπιάζουσας βακτηριουρίας στους άνδρες.

Παρακλινικά ευρήματα

Λευκά αιμοσφαίρια στο ίζημα των ούρων.
Πολυουρία ή αιματουρία μπορεί να είναι η μόνη εκδήλωση προστατικής νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Καλή ανταπόκριση στη θεραπεία ....5-10% [1 μήνα]
- Δύσκολα ιάται και αποτελεί εστία επινέμησης φλεγμονής 20%

1.8. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

1.8.1. Μηνορραγία, μητρορραγία, υπερμηνόρροια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως που μπορεί να οφείλονται σε υποβλεννογόνια ινομυώματα της μήτρας ή σε πολύποδες του ενδομητρίου ή του τραχήλου, ιδιαίτερα ο καρκίνος του ενδομητρίου όσον αφορά τις μητρορραγίες· επίσης ορμονικές, συστηματικές φλεγμονές ως και τοπικές των γεννητικών οργάνων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αν προκαλούν λειτουργική δυσχέρεια, αναιμία μετρίου βαθμού (Ε=3x10^6) και φυσιολογικά ερυθροκύτταρα

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........10-20%

2ο Επίπεδο

Αν προκαλούν αναιμία μεγαλύτερης εντάσεως με απήχηση στη γενική κατάσταση της πάσχοντος (λευκή χρώση των επιπεφυκότων, ίλιγγοι, απίσχναση, δύσπνοια κ.λπ.).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........20-30%

1.8.2. Γνήσιος ερμαφροδιτισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Σπάνια συγγενής ανωμαλία διαπλάσεως των ωοθηκών. Η αιτιολογία της δεν έχει διευκρινισθεί.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα
Χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι στο άτομο υπάρχει ορχικός και ωοθηκικός ιστός.

Παρακλινικά ευρήματα
Καρυότυπο (φυλετικά χρωμοσώματα ΧΥ ή ΧΧ ή μωσαϊκό).
Με το σωμάτιο Barr.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος με καλή πορεία και πρόγνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-4%

1.8.3. Ψευδής ερμαφροδιτισμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Συγγενής ανωμαλία διαπλάσεως των ωοθηκών. Οφείλεται σε ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων κατά την οποία η φυσιολογική μετατροπή της προγεστερόνης σε υδροκορτιζόνη αναχαιτίζεται από την έλλειψη ή ανεπαρκή παραγωγή ενζύμων (π.χ. 21-υδροξυλάση).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα
Υπάρχει μεγέθυνση της κλειτορίδας, σύμφυση στα μικρά χείλη, ύπαρξη κόλπου, μήτρας, ωοθήκης και οι δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου (τρίχωση κ.λπ.) είναι άρρενος τύπου.

Παρακλινικά ευρήματα
Καρυότυπος (φυλετικά χρωμοσώματα ΧΧ). Σωμάτιο Barr.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος με καλή πορεία και πρόγνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-4%

1.8.4. Σύνδρομο Turner (τυπική και άτυπη μορφή)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συγγενής διαπλαστική ανωμαλία των ωοθηκών οφειλομένη στη δομή των φυλετικών χρωμοσωμάτων και αφορά το χρωμόσωμα Χ.

Κλινικά ευρήματα
Χαρακτηρίζεται από τέλεια έλλειψη ωοθηκών, το αιδοίο, ο κόλπος και η μήτρα υπολείπονται του φυσιολογικού, μαστοί ατροφικοί, αμηνόρροια, βλαισοποδία, χαμηλό ανάστημα, πεπλατυσμένος λαιμός μετά πτυχής.

Παρακλινικά ευρήματα
Καρυότυπος 45, ΧΟ. Σωμάτιο Barr.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Η ως άνω συμπτωματολογία επιπλέον στένωση αορτής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος που επηρεάζει τη γενική οικονομία του οργανισμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η στένωση αορτής αντιρροπίζεται πλήρως, δηλ. χωρίς ουσιώδη ενοχλήματα 15%
- Αν η στένωση αορτής δεν αντιρροπίζεταί σταθερά και εμφανίζονται συμπτώματα εύκολης κόπωσης, ζάλης, ιλίγγων 50%
- Αν η στένωση της αορτής περιπλέκεται με στηθαγχικές κρίσεις, ιλίγγους, λιποθυμίες, κρίσεις petit mal και διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας 67%
- Αν η στένωση της αορτής δημιουργεί ανεπάρκεια της αριστεράς κοιλίας ή ολική καρδιακή ανεπάρκεια 80%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Η παραπάνω συμπτωματολογία συνοδευομένη με διαταραχές των διανοητικών λειτουργιών, δηλαδή οργανικές ψυχώσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μορφές ελαφράς βαρύτητας 30%
- Μορφές ελαφράς βαρύτητας με σαφείς διαταραχές της συμπεριφοράς 50%
- Μορφές μετρίας βαρύτητας 60%
- Μορφές μετρίας βαρύτητας με εμφανείς διαταραχές της συμπεριφοράς 67%
- Μορφές υψηλής βαρύτητας 80%

1.8.5. Παθήσεις κόλπου

ΑΓΕΝΕΣΙΑ ΚΟΛΠΟΥ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συγγενής διαταραχή όπου μπορεί να υπάρχουν υπολείμματα μήτρας ενώ οι ωοθήκες είναι φυσιολογικές όπως και οι δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πρωτοπαθής αμηνόρροια.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική θεραπεία
Αίτιο στειρότητας
Σοβαρή ψυχολογική επίδραση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........0-10%

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΠΟΥ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εχουν ενοχοποιηθεί οι χρόνιες φλεγμονές, οι τραυματισμοί, η πρόπτωση των γεννητικών οργάνων, όπως επίσης και η λήψη διαιθυλοστιλβεστρόλης (DES) από της μητέρες νοσούντων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο: Στάδιο 0 (Ca in situ)

Κλινικά ευρήματα

Κολπική υπερέκκριση και αιμόρροια - Δυσπαρεύνια.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή μετά χειρουργική θεραπεία. Ιδιαίτερη ψυχολογική επίδραση σε νεαρά άτομα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........10-20%

2ο Επίπεδο: Στάδιο I

Εντόπιση στο κολπικό επιθήλιο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συχνά καλή. Ψυχολογική επίδραση σε νεαρά άτομα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........40-50% [2 χρόνια] επανάκριση

3ο Επίπεδο: Στάδιο II

Διήθηση των υποβλεννογονίων στιβάδων, επέκταση στα παραμήτρια χωρίς επέκταση στην πύελο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση σε νεαρές ηλικίες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67% και άνω [2 χρόνια] επανάκριση

4ο Επίπεδο:Στάδια III-IV (και Μελάνωμα-Σάρκωμα κόλπου)

Επέκταση μέχρι τοίχωμα πυέλου (III)
Επέκταση στην κύστη ή στο έντερο ή εξωπυελικές μεταστάσεις (IV).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........80% [2 χρόνια] επανάκριση

1.8.6. Ενδομητρίωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπαρξη λειτουργικού ενδομητρίου εκτός της φυσιολογικής του θέσης (κοιλότητα της μήτρας).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Σε όλα τα στάδια (I έως V): Δυσμηνόρροια - σταγονοειδής αιμόρροια - πυελικά άλγη - στειρότητα κ.ά.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική ή συντηρητική. Αίτιο στειρότητας

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........0-5%

1.8.7. Ινομυώματα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι καλοήθεις όγκοι της μήτρας.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Αιμορραγία, πόνος, πιεστικά φαινόμενα.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερηχογραφικός (U/S) έλεγχος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καθοριστική σημασία για τον προσδιορισμό της αναπηρίας έχει η ηλικία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-5%

2ο Επίπεδο

Ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών και έχει υποστεί ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων λόγω ινομυώματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-5%

3ο Επίπεδο

Ηλικία μικρότερη των 40 ετών και έχει χειρουργηθεί για ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων και έχει φανερή ωοθηκική ανεπάρκεια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 30% [2 χρόνια]

1.8.8. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα αίτια δεν είναι γνωστά, υπάρχουν όμως προδιαθεσικοί παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξή του (έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, έναρξη επαφών σε νεαρή ηλικία, πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι), χρονία τραχηλίτιδα καθώς και οι φλεγμονές του τραχήλου από έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Ποικίλλουν από μικρή δύσοσμη κολπική υπερέκκριση έως μεγάλη αιμορραγία και πόνο.

Παρακλινικά ευρήματα

Test Pap, Κολποσκόπηση, Βιοψία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Για να εκτιμηθεί ο βαθμός και κατ' επέκταση το ποσοστό αναπηρίας κρίνεται απαραίτητη η σταδιοποίηση της νόσου (Τομογραφία-Λεμφογραφία) και επιπροσθέτως η ηλικία της γυναίκας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%
- Στάδιο 0 .... 0%
- Στάδιο Ια
  - ηλικιωμένη γυναίκα .... 20% [πρόσκαιρη]
  - νεαρές γυναίκες με διηθημένα λεμφογάγγλια .... 70% [2 έτη]
  - νεαρές γυναίκες χωρίς διηθημένα λεμφογάγγλια. 20% [2 έτη]
- Στάδιο Ιβ, ΙΙα, ΙΙβ (αδιακρίτως ηλικίας) .... 70% [2 έτη]
- Στάδιο ΙΙΙ (αδιακρίτως ηλικίας) .... 80% [2 έτη]
- Στάδιο IV (αδιακρίτως ηλικίας) 80%

1.8.9. Καρκίνος του σώματος της μήτρας

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα αίτια είναι άγνωστα· εμφανίζεται πιο συχνά στις μεγάλες ηλικίες και ιδιαίτερα στις άτοκες. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Αιμορραγία που δεν έχει σχέση με την έμμηνο ρήση και που εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση.

Παρακλινικά ευρήματα

Test Pap, ενδομήτρια αναρρόφηση, μέθοδος Mi-Mark, κλασματική απόξεση, βιοψία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οπως και για τον τράχηλο έτσι και για το ενδομήτριο είναι η σταδιοποίηση της νόσου.
Σε όλες τις περιπτώσεις αδιακρίτως ηλικίας ο βαθμός ανικανότητας για τα 2 πρώτα χρόνια από της εγχειρήσεως είναι:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67%

2ο Επίπεδο

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μετά πάροδο διετίας και εφόσον δεν υπάρχει υποτροπή.....67%
- Εφόσον όμως υπάρχει υποτροπή........80%

1.8.10. Καρκίνος σάλπιγγας

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Καρκίνος συνήθως μεταστατικός από τη μικρή πύελο ή από εμβρυϊκά υπολείμματα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο: Στάδιο Ι

Κλινικά ευρήματα

Συχνά χωρίς συμπτώματα, ή κολπική υπερέκκριση κίτρινου ή καστανέρυθρου χρώματος, ακανόνιστη κολπική αιμόρροια κ.ά.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Αίτιο στειρότητας σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........10-20% [2 χρόνια] Επανάκριση

2ο Επίπεδο: Στάδιο ΙΙ

Νόσος περιορισμένη στη σάλπιγγα

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συχνά καλή. Αίτιο στειρότητας σε αναπαραγωγική ηλικία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........30-40% [2 χρόνια] Επανάκριση

3ο Επίπεδο: Στάδιο ΙΙΙ

Επέκταση εκτός σάλπιγγος αλλά περιορισμός εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συχνά κακή

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67% και άνω [2 χρόνια] Επανάκριση

4ο Επίπεδο: Στάδιο ΙV

Νόσος και έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Πάθηση ανίατος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........80% [2 χρόνια]Επανάκριση

1.8.11. Σύνδρομο Stein-Leventhal

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αγνώστου αιτιολογίας.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Υπερτρίχωση, στειρότητα, αμηνόρροια, παχυσαρκία.

Παρακλινικά ευρήματα

- Υπερηχογράφημα ωοθηκών
- Ορμονολογικός έλεγχος (ανδρογόνων-τεστοστερόνης-ανδροστενδιόνης-17-OH-PRG).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος με καλή πορεία και πρόγνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........0-5%

1.8.12. Ωοθηκική ανεπάρκεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χειρουργικές επεμβάσεις, φλεγμονές, ακτινοβολία.

Κλινικά ευρήματα

Εξάψεις, εφιδρώσεις, μεταβολή της ψυχικής κατάστασης, νευρικότητα, αϋπνίες, δυσπαρεύνεια, οστεοπόρωση.

Παρακλινικά ευρήματα

- Υπερηχογράφημα ελάσσονος πυελού
- Προσδιορισμός ορμονών (FSH-LH-SHBG-17-OH-PRG)
- Μέτρηση οστικής πυκνότητας δια της διπλής δέσμης φωτονίων

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ως ανωτέρω.

Παρακλινικά ευρήματα

Ως ανωτέρω. Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο παράγων ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο. Επιδέχεται θεραπείας υποκατάστασης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ως ανωτέρω.

Παρακλινικά ευρήματα

Ως ανωτέρω. Γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 35 ετών, ανάλογα με τη σοβαρότητα των ενοχλημάτων παρ'ότι βρίσκεται σε θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 15%

1.8.13. Ογκοι των ωοθηκών: Καλοήθεις

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Περιλαμβάνεται η μεγάλη ποικιλία των καλοήθων ή κακοήθων νεοπλασιών που συχνά ο διαχωρισμός τους είναι δύσκολος, ως επίσης και οι μη νεοπλασματικές κύστεις. Στους καλοήθεις όγκους περιλαμβάνονται: Κοκκιοκυτταρικός όγκος που εξελίσσεται σε καρκίνωμα, το θήκωμα, τα ορώδη και βλεννώδη κυσταδενώματα, οι όγκοι του Brenner, τα τερατώματα και οι δερμοειδείς κύστεις.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως είναι κυστικοί και συχνά δεν προκαλούν κανένα σύμπτωμα, αν όμως σπάσουν ή περιστραφούν γύρω από το μίσχο τους προκαλούν έντονο πόνο.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερηχογράφημα ελάσσονος πυέλου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μεγάλη σημασία έχει η ηλικία της γυναίκας καθώς και η χειρουργική επέμβαση για τον προσδιορισμό του ποσοστού αναπηρίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν αφαιρεθεί μία ωοθήκη και η άλλη είναι ανέπαφος, η δε ηλικία της γυναίκας είναι μεγαλύτερη των 45 ετών 0-5%
- Αν αφαιρεθεί μία ωοθήκη και η άλλη είναι ανέπαφο, η δε ηλικία της γυναίκας είναι μικρότερη των 45 ετών 0-5%
- Αν αφαιρεθούν και οι δύο ωοθήκες και η ηλικία της γυναίκας υπερβαίνει το 45ο 0-5%
- Αν αφαιρεθούν και οι δύο ωοθήκες και η ηλικία της γυναίκας είναι μικρότερη των 45 ετών 15%

1.8.14. Ογκοι των ωοθηκών: Κακοήθεις

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αντιπροσωπεύουν περίπου 6% των καρκινοπαθών γυναικών. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνισή τους είναι η στειρότητα, πολλές αυτόματες εκτρώσεις, μεγάλη ηλικία σύλληψης. Περιλαμβάνονται τα ορώδη κυσταδενοκαρκινώματα, τα βλεννώδη, δερμοειδείς κύστεις με κακοήθη εξαλλαγή, ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα, αδενοακάνθωμα, καρκίνωμα με διαυγή κύτταρα, μεσονεφρικό καρκίνωμα, κακόηθες τεράτωμα, χο-

ριοκαρκίνωμα, δυσγονίωμα, κοκκιοβλάστωμα, αρρενοβλάστωμα, μεταστατικοί όγκοι.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Βάρος υπογαστρίου, διαταραχές ουρήσεως, διόγκωση κοιλίας, πόνος, ασκίτης, απώλεια βάρους, καχεξία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερηχογράφημα, κυτταρολογική εξέταση ασκιτικού υγρού, αξονική τομογραφία, λαπαροσκόπηση, ενδοφλέβια πυελογραφία, βαριούχος υποκλυσμός, δοκιμαστική κλασματική απόξεση, βιολογικοί δείκτες, μονοκλωνικά αντισώματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρωταρχικής σημασίας είναι η σταδιοποίηση της νόσου, όσον αφορά την επιβίωση μετά από μια πενταετία, καθώς και για τον προσδιορισμό του ποσοστού αναπηρίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- I στάδιο Μετά 5 έτη η επιβίωση φτάνει 60%........40-50% [2 έτη]
- II στάδιο Μετά 5 έτη η επιβίωση φτάνει 40%..............67% [2 έτη]
- III στάδιο Μετά 5 έτη η επιβίωση φτάνει 7%..............80% [2 έτη]
- IV στάδιο (Συνήθως δεν φθάνει σ' αυτό το στάδιο)..................80%

1.9. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1.9.1. Ερυθηματώδης λύκος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος φλεγμονώδης αυτοάνοσος προσβάλουσα πολλαπλά οργανικά συστήματα. Διακρίνεται σε: 1. Χρόνιο δισκοειδή λύκο. και 2. Συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ).

Είναι αγνώστου αιτιολογίας και η νοσολογική του οντότητα εκδηλώνεται συνήθως από την πλειάδα των συστημάτων που προσβάλει.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Χρόνιος δισκοειδής: Δερματικές αλλοιώσεις.
2. ΣΕΛ: Για μακρό χρονικό διάστημα ασυμπτωματικός.

Ομως περιοδικές εξάρσεις πυρετού, ανορεξίας, απώλειας βάρους, αρθραλγίες, θυλακίτιδες, φαινόμενα Raynaud, αιμορραγικές διαθέσεις και συνύπαρξη εξανθήματος χρήζουν εργαστηριακής επιβεβαιώσης.

Παρακλινικά ευρήματα

Το LE cell test μάλλον έχει ιστορική αξία. Δεν το παραβλέπουμε όταν συνδυάζεται με μικροπρωτεϊνουρία, υπεργαμμασφαιριναιμία, αυξημένο τίτλο ρευματοειδούς παράγοντα, θετική Coombs, αυξημένο τίτλο αντι-DNA και Sm αντισωμάτων και παρουσία HLA DR2-DR3. Η ανεύρεση αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων σε ερευνώμενους ασθενείς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κυρίως όταν συνδυάζεται με παράγοντες αντιπηκτικής δράσεως (παράταση χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης). Τα αντικαρδιολιπινικά αντισώματα σε παλίνδρομο κύηση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή ανταπόκριση στη συντηρητική αγωγή. Σπανίως εξελίσσεται σε ΣΕΛ ο δισκοειδής.
ΣΕΛ: Νόσος εξαιρετικά βαριά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί δισκοειδούς...0-5%
- Επί ΣΕΛ
  - Κατά τη διάρκεια της απλής διαδρομής και με θετικές εξετάσεις...35-50%
  - Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων και για όσο χρόνο διαρκούν...>67%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου επιπέδου και όσα προστίθενται από τα όργανα που έχουν προσβληθεί, όπως: νεφροί, καρδία, πνεύμονες, ήπαρ, ΚΝΣ, αρθρώσεις, οστά.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του πρώτου επιπέδου συν τα ευρήματα από τα όργανα που έχουν προσβληθεί.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος μη αναστρέψιμη χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα από τη θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Στο αρχικό στάδιο...> 67%
- Στο τελικό στάδιο...80-100%

1.9.2. Σκληροδερμία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από διάχυτη πάχυνση του δέρματος, στη συνέχεια δε προσβολή του συνεκτικού ιστού του πεπτικού συστήματος, των πνευμόνων, της καρδιάς, των νεφρών. Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Εχει ανοσολογική βάση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Η πρώτη εκδήλωση δυνατόν να είναι το φαινόμενο Raynaud. Βραδύτερα εμφανίζονται οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις εκ των χειρών, ποδών και προσώπου. Το δέρμα των δακτύλων είναι σκληρό, ανελαστικό, στίλβον. Το πρόσωπο καθίσταται ανέκφραστο δίκην προσωπίδος.

Παρακλινικά ευρήματα

Μετρία αναιμία, αιμολύσεις, πιθανή παρουσία ρευματοειδούς παράγοντος στο 35%, παρουσία του Scl-70 αντισώματος κ.λπ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η συντηρητική αγωγή έχει περισσότερο σχέση με επιβράδυνση της νόσου και βελτίωση των κλινικών φαινομένων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...25-50%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Στη συνέχεια προσβάλλονται τα διάφορα όργανα. Ο οισοφάγος με οισοφαγίτιδα και δυσφαγία. Το λεπτό έντερο με εκδηλώσεις στεατόρροιας.

Παρακλινικά ευρήματα

Οι πνεύμονες με διάχυτη ίνωση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θεραπευτική αγωγή και οι διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις ελάχιστα προσφέρουν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...50-80%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Προσβολή της καρδιάς (καρδιακή ανεπάρκεια), προσβολή των νεφρών (νεφρική ανεπάρκεια), υπέρταση.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του 1ου επιπέδου και αυτά εκ των προσβεβλημένων συστημάτων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...80-100%

1.9.3. Δερματομυοσίτιδα-Πολυμυοσίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι σπάνια γενικευμένη νόσος χαρακτηριζόμενη από φλεγμονή κυρίως των μυών και του δέρματος. Προσβάλει συχνότερα γυναίκες. Είναι δευτεροπαθής και συνδυάζεται με κακοήθεις νεοπλασίες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Στις δερματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται:
α) Ερύθημα προσώπου, συνήθως των παρειών.
β) Ερυθροϊώδες οίδημα των βλεφάρων.
γ) Ερύθημα των εκτατικών αρθρικών επιφανειών (μεσοφαλαγγικών, αγκώνων, γονάτων).
δ) Εκτεταμένο ή καθολικό επώδυνο σκληρό οίδημα του δέρματος και του υποδορίου ιστού χωρίς να καταλείπει εντύπωμα στην πίεση.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα εργαστηριακά ευρήματα στο αρχικό στάδιο είναι πολλά και ασαφή και κυρίως μη ειδικά.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος είναι εξελικτική και δεν ανακόπτεται με θεραπευτική αγωγή. Επιτυχής ανταπόκριση στη θεραπεία βελτιώνει τις κλινικές εκδηλώσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......... 35-50%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα από το μυϊκό σύστημα συμπτώματα είναι μυαλγίες (εκλαμβάνονται συχνά ως αρθραλγίες), μυϊκή ευαισθησία, μυϊκή αδυναμία, δυσχέρεια στη βάδιση, κατά την άνοδο κλίμακος και συχνές πτώσεις επί του εδάφους. Η προσβολή των μυών είναι συμμετρική. Προσβάλλονται οι μύες του κορμού και οι μύες των άκρων. Σοβαρότερα επηρεάζονται οι μύες της ωμικής και της πυελικής ζώνης και οι μύες του αυχένος. Επίσης οι μύες του φάρυγγος και της υπερώας, πράγμα που οδηγεί σε ανάρροια, έρρινη φωνή, δυσφαγία και εισρόφηση. Συνυπάρχει μέτρια διόγκωση ήπατος, σπληνός.

Παρακλινικά ευρήματα

α) Αύξηση τρανσαμινασών, της αλδολάσης, της κινάσης και της κρεατινικής φωσφοκινάσης στον ορό του αίματος.
β) Ο ηλεκτρομυογραφικός έλεγχος αποκαλύπτει μυϊκή βλάβη.
γ) Στη βιοψία μυός ανευρίσκονται μη ειδικές αλλοιώσεις, επίσης ανευρίσκεται ο ρευματοειδής παράγοντας και τα αντιπυρηνικά αντισώματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......... 70-80%

1.9.4. Οζώδης πολυαρτηρίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σπάνια και βαρύτατης προγνώσεως νόσος του συνδετικού ιστού. Χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδεις διηθήσεις των μέσου και μικρού μεγέθους αρτηριών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Η οζώδης πολυαρτηρίτιδα εκδηλούται με γενικά συμπτώματα, ως πυρετός, κακουχία, ανορεξία και απώλεια βάρους. Συχνά προκαλεί δερματικές αλλοιώσεις υπό μορφή ερυθήματος, πετεχειών, πορφύρας, υποδορίων ελκών, οιδήματος ως και συμπτώματα αρθρίτιδας ή μυοσίτιδας.

Παρακλινικά ευρήματα

Λευκοκυττάρωση, αναιμία, υψηλή ΤΚΕ. Η παρουσία ιστικών ή κυτταρικών ανοσολογικών παραγόντων είναι δυνατή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι βαρύτατη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......... 50-67%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1) Συμπτώματα προσβολής του πεπτικού συστήματος είναι: κοιλιακά άλγη, έλκη και αιμορραγίες. 2) Από τους οφθαλούς: ιριδο-

κυκλίτιδα. 3) Από το νευρικό σύστημα: σπασμοί, παραλύσεις, περιφερική νευρίτιδα, υπαραχνοειδής ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία δυνατόν να επισυμβεί. 4) Από το αναπνευστικό σύστημα: πνευμονικές διηθήσεις και πλευρίτιδα. 5) Από το κυκλοφορικό σύστημα: καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα και περικαρδίτιδα. 6) Προσβολή των μεγάλων αγγείων του νεφρού εκδηλώνεται με άλγος και μακροσκοπική αιματουρία, των δε μικρών αγγείων με μικροσκοπική αιματουρία και υπέρταση.

Παρακλινικά ευρήματα

Η βιοψία των προσβεβλημένων οργάνων ή ιστών θέτει τη διάγνωση. Ενίοτε συνυπάρχει επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β (HBsAg), σε ποσοστό 30-50% των ασθενών με οζώδη πολυαρτηρίτιδα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Με εκδηλώσεις από οποιοδήποτε σύστημα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........80%

1.10. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

1.10.1. Παχυσαρκία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αύξηση της μάζας του λιπώδους ιστού με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία που οφείλεται σε διάφορα ενδοκρινολογικά αίτια ή νευρολογικά σύνδρομα περιγράφεται στα αντίστοιχα κεφάλαια. Η σιτιογενής παχυσαρκία οφείλεται σε αυξημένη λήψη τροφής και σχετικά μειωμένη κατανάλωση θερμίδων. Συχνά προκαλεί δευτεροπαθείς διαταραχές όπως υπερλιπιδαιμία, υπερουριχαιμία, σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαία ανεπάρκεια κ.λπ. Κανονικό βάρος = Ύψος σε cm - 100.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Βάρος σώματος 20 - 50% πάνω από το κανονικό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή πρόγνωση μετά από δίαιτα με στόχο το αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........0-5%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Βάρος σώματος 50-100% πάνω από το κανονικό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σχετικά καλή πρόγνωση μετά από δίαιτα με στόχο το αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........10-20%

3ο Επίπεδο

Σύνδρομο Pickwick

Κλινικά ευρήματα

Βάρος σώματος >100%, κυάνωση, υπνηλία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υποαερισμός των πνευμόνων, υποξαιμία με ή χωρίς υπερκαπνία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μέτρια πρόγνωση μετά από δίαιτα με στόχο το αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......>67% [2 χρόνια]

1.10.2. Σακχαρώδης διαβήτης

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύνδρομο διαταραχής του μεταβολισμού με υπεργλυκαιμία, οφειλόμενη σε ανεπαρκή έκκριση ή μειωμένη δραστικότητα της ινσουλίνης. Επειδή οι επιπλοκές της νόσου δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί αν είναι αποτέλεσμα κοινής γενετικής διαταραχής ή τους ύψους της γλυκόζης του αίματος ή ακόμη και της θεραπείας της υπεργλυκαιμίας, αυτές καθαυτές θα αποτελέσουν τα επίπεδα βαρύτητας, κυρίως για τον τύπο Ι (IDDM, Insulin Dependent Diabetes Mellitus), και όπου θα χρειασθεί θα αναφέρεται και ο τύπος ΙΙ (NIDDM, Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus) και η δυσκολία ρύθμισης αυτού.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πολυδιψία, πολυουρία, ταχεία απώλεια βάρους (Ι).

Παρακλινικά ευρήματα

Γλυκόζη ορού > 140 mg/dl, κετοναιμία, οξονουρία ή και τα δύο (Ι) και όχι απαραίτητα στον τύπο (ΙΙ).
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}) > 8 mg%

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. Ρυθμιζόμενος και ο τύπος Ι και το τύπος ΙΙ και MODI

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......5-15%

2. Δύσκολα ρυθμιζόμενος τύπος Ι λόγω συνυπαρχόντων νοσημάτων από άλλα συστήματα και με προϊούσα καχεξία (παρουσία μονίμου οξοναιμίας)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......50-60%

3. Μη ρυθμιζόμενος λόγω αναπτύξεως αντισωμάτων έναντι των ινσουλινών (Ι) με ανάγκη μεταμόσχευσης παγκρέατος.

Κετωσικό ή υπεργλυκαιμικό μη κετωσικό κώμα (ωσμωτικό) πορεία προς μεταμόσχευση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......80-100%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Διαταραχές οράσεως, οιδήματα, περιφερικές νευρίτιδες.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση της γλυκοζυλιωμένης Hb άνω των 8 mg%, μόνιμη γλυκοζουρία ή και κετονουρία, μικροπρωτεϊνουρία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μη αναστρέψιμη κατάσταση. Θεραπευτικές παρεμβάσεις πέραν της ρυθμίσεως του σακχάρου φαίνεται δεν αποδίδουν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......40-60%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Διαταραχές από νεφρούς, ήπαρ, καρδιά, ελκώσεις άκρων και διαταραχές από οφθαλμούς.

Παρακλινικά ευρήματα

- Μόνιμη γλυκοζουρία ή και κετονουρία.
- Αύξηση κρεατινίνης.
- Μεγάλη αύξηση HbA_{1c}.
- ΗΚΓραφικές αλλοιώσεις.
- Από τους οφθαλμούς: Αμφιβληστροειδοπάθεια - μικροαγγειοπάθεια.
- Προσβολή μεγάλων και μικρών περιφερικών αγγείων.
- Αύξηση χοληστερόλης - τριγλυκεριδίων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση μη αναστρέψιμη. Η συντηρητική θεραπεία των επιπλοκών δεν βελτιώνει την εξέλιξη πλην των λοιμώξεων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς διαταραχή των λιποειδών.......60-80%
- Με διαταραχή των λιποειδών και επιβάρυνση του καρδιαγγειακού.......80-100%

1.10.3. Ουρική αρθρίτιδα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος του μεταβολισμού των πουρινών. Η εκδήλωση της νόσου εξαρτάται από το βαθμό συγκέντρωσης των κρυστάλλων του ουρικού οξέος στους διάφορους ιστούς, από την τοπική αντίδραση των ιστών και από τα επακόλουθα της αντιδράσεως αυτής. Βασικό ρόλο στην κρυστάλλωση και συγκέντρωση του ουρικού οξέος διαδραματίζει το pH των ιστών. Συνήθως αποτελεί μέρος γενικής διαταραχής του μεταβολισμού.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Απλή υπερουχαιμία με ικανοποιητική αποβολή του ουρικού οξέος και των αλάτων του από τα ούρα. Είναι χωρίς εκδηλώσεις από τα διάφορα συστήματα.

Παρακλινικά ευρήματα
Υπερουριχαιμία: Αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος (εξωγενής ή ενδογενής) με σύγχρονη αυξημένη αποβολή από τα ούρα ή καλή ανταπόκριση στα ουρικοαπεκκριτικά φάρμακα, κυρίως στις περιπτώσεις ενδογενούς υπερπαραγωγής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή. Η διαιτητική αγωγή και η χρήση ουρικοαπεκκριτικών φαρμάκων αποτρέπει τις επιπλοκές.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Απλή υπερουχαιμία διαιτητικής ή μεταβολικής διαταραχής 0-5%
- Αποτέλεσμα νόσων φθοράς. Προεξάρχει η νόσος και επιπροστίθεται το αυτό ποσοστό αναπηρίας 5%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Από τις αρθρώσεις: Ασηπτος φλεγμονώδης αντίδραση, δυσκινησία, πόνος, οίδημα, θερμότητα, ερυθρότητα, δεκατική πυρετική κίνηση.

Παρακλινικά ευρήματα

Μεγάλη αύξηση του ουρικού οξέος του αίματος (ενίοτε η αύξηση δεν είναι σημαντική), μειωμένη ή φυσιολογική αποβολή από τα ούρα ουρικού οξέος και αλάτων, αύξηση της ΤΚΕ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος ιάσιμη και με καλή πρόγνωση. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως και μέχρις υποχωρήσεως των συμπτωμάτων:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- 1 άρθρωση ..... 20-25% [15-20 ημέρες]
- 2 αρθρώσεις ..... 25-40% [15-20 ημέρες]
- 3 αρθρώσεις και άνω ..... 50-60% [15-20 ημέρες]
- Χρονία κατάσταση 10%

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Εναπόθεση ουρικού οξέος σε παρεγχυματώδη όργανα ως μυοκάρδιο, νεφροί κ.λπ. Τα συμπτώματα προεξάρχουν από το προσβεβλημένο όργανο ως μυοκαρδιοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), υπέρταση, νεφρική ανεπάρκεια (ΝΑ), κ.λπ.

Παρακλινικά ευρήματα

Πλην της βιοψίας τα παρακλινικά ευρήματα ακολουθούν το πάσχον όργανο ως ΗΚΓκές αλλοιώσεις, λειτουργικές αλλοιώσεις μυοκαρδίου, ουραιμία, υπέρταση κ.λπ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Στο αρχικό στάδιο η νόσος είναι επιδεκτική ιάσεως ή σταθεροποιήσεως. Χωρίς ΚΑ ή ΝΑ 35%
- Με σημεία μυοκαρδιοπάθειας ή νεφρικής ανεπάρκειας και υπέρταση 50-67%
- Με μυοκαρδιοπάθεια ή ΝΑ και υπέρταση άνω των 180 mmHg 55-80%
- Με ΚΑ + υπέρταση ή τελικό στάδιο ΝΑ 80-100%

2. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ

2.1. ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κακοήθης δερματική νεοπλασία με τάση επεκτάσεως κατά συνέχεια ιστού και εις βάθος, με ταχύ σχετικώς ρυθμό, ταχύτερα σε βλεννογονικές εντοπίσεις, αλλά και με τάση μεταστάσεων, λεμφικώς και αιματογενώς, σε άλλα όργανα (λεμφαδένες, ήπαρ, πνεύμονες, οστά), γι' αυτό και απαιτείται και κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς, παρά τη χειρουργική - ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση αυτού. Μικρού σχετικά μεγέθους βλάβη, η σοβαρότητα της οποίας, λόγω των ανωτέρω χαρακτηριστικών, κρίνεται από την εντόπιση και την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Η διάγνωση απαραίτητα τεκμηριώνεται ιστολογικώς και η θεραπεία εκλογής είναι η ευρεία χειρουργική αφαίρεση της βλάβης, που επί εγκαίρου διαγνώσεως αποτελεί συνήθως και ίαση της περιπτώσεως επειδή οι μεταστάσεις δεν επέρχονται γρήγορα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Μικρού μεγέθους βλάβη, ανεξαρτήτως εντοπίσεως, εγκαίρως διαγνωσθείσα, χωρίς επέκταση σε παρακείμενους ιστούς, με αρνητικό τον λοιπό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Επιδέχεται θεραπεία με πιθανή ίαση. Ο παράγων ηλικία δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο. Τα επαγγέλματα τα εκτεθειμένα σε ηλιακή ακτινοβολία με τη βλάβη σε ακάλυπτα μέρη είναι περισσότερο βεβαρημένα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................10-15%

2ο Επίπεδο

Μεγάλου μεγέθους βλάβη, ειδικά σε βλεννογόνους, χωρίς έγκαιρη διάγνωση (πιθανότερες οι αρχόμενες μεταστάσεις) με χειρουργική αφαίρεση που επιφέρει κάποια δυσμορφία της περιοχής, με αρνητικό ακόμη το λοιπό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Επιδέχεται θεραπεία με πιθανή ίαση, αλλά απαιτείται συχνότερος έλεγχος και λαμβάνεται σχετικώς υπόψη και η βαρύτητα της χειρουργικής επεμβάσεως και της γενομένης ίσως δυσμορφίας της περιοχής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................20-35% [1-2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Καθυστερημένη διάγνωση με επέκταση σε επιφάνεια και βάθος, σε παρακείμενους λεμφαδένες και ενδεχομένως σε άλλα όργανα. Εκτός της χειρουργικής απαιτείται και ακτινοθεραπευτική και χημειοθεραπευτική αγωγή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οχι καλή και διαρκώς επιδεινουμένη, έστω και με βραδύ ρυθμό, εκτός των περιπτώσεων που υπάρχει σταθεροποίηση λόγω των λοιπών θεραπειών εκτός της χειρουργικής αφαιρέσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-80% [1-3 χρόνια]

2.2. ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δερματική νεοπλασία, χωρίς στοιχεία κακοήθειας, αναπτυσσόμενη κυρίως σε δέρμα και σπανιότερα σε βλεννογόνους και περισσότερο σε ακάλυπτα μέρη του σώματος. Μικρού συνήθως μεγέθους με τάση επεκτάσεως, συνήθως κατ' επιφάνεια, όχι όμως μεταστατική. Η διάγνωση απαραίτητα τεκμηριώνεται ιστολογικώς και η θεραπεία εκλογής είναι η σχετικώς ευρεία αφαίρεση της βλάβης που αποτελεί και την ίαση της περιπτώσεως. Σε πολύ μικρά BCE μπορούν να εφαρμοσθούν και άλλες θεραπείες (διαθερμοπηξία, κρυοπηξία, Laser) με εξίσου καλά αποτελέσματα. Σοβαρότερα τα των βλεφάρων, ρινός και χειλέων, λόγω της δυσκολίας και της σχετικής δυσμορφίας της χειρουργικής ή άλλης επεμβάσεως. Εχει πιθανότητες εξαλλαγής αν παραμείνει επί μακρόν.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρού (φακής) έως μεγαλύτερου (πεντάδραχμου) μεγέθους βλάβη σε σημεία δέρματος επιδεχόμενα τις ανωτέρω χειρουργικές θεραπείες σχετικά εύκολα και χωρίς υπολειμματική δυσμορφία ή λειτουργική δυσχέρεια της περιοχής. Χωρίς ιστολογικά στοιχεία εξαλλαγής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ καλή. Θεωρείται πλήρως ιαθείσα αν γίνουν οι αναφερόμενες θεραπείες (κατ' εκλογή ειδικού ιατρού). Η ηλικία δεν παίζει ρόλο. Τα εκτεθειμένα σε ηλιακή ακτινοβολία άτομα περισσότερο βεβαρημένα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..0-5%

2ο Επίπεδο

Μεγαλύτερου μεγέθους βλάβη σε δυσκολότερα σημεία (βλέφαρα, α. χείλη) και αναλόγως του μεγέθους και της δυσμορφίας και ..υργικής δυσχέρειας της περιοχής εντοπίσεως. Χωρίς ιστολογικά στοιχεία εξαλλαγής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Θεωρείται ιαθείσα αν γίνουν οι ανάλογες χειρουργικές ενέργειες. Κρίνεται ανάλογα και της πιθανής δυσμορφίας και δυσλειτουργίας της περιοχής εντοπίσεως και αυτά σε συνδυασμό με το επάγγελμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................5-20% [1-2 χρόνια]

2.3. ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κακοηθέστατη δερματική νεοπλασία, αυτογενής ή κατόπιν εξαλλαγής άλλης βλάβης, συνήθως προϋπάρχοντος σπίλου. Παρουσιάζει ταχεία επέκταση σε επιφάνεια και βάθος ως και πιθανότατες αιματογενείς και λεμφογενείς μεταστάσεις σε παρακείμενα ή άλλα όργανα παντός τύπου (λεμφαδένες, οστά, ήπαρ, πνεύμονες, νεφρούς, εγκέφαλο). Ανεξαρτήτως μεγέθους και εντοπίσεως θεωρείται κακοηθέστατο και ο ασθενής εκτός της ευρύτατης χειρουργικής αφαιρέσεως, αμέσως τίθεται υπό συνεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, συχνό και συνήθως και σε συμπληρωματικές ειδικές χημειοθεραπείες. Η διάγνωση απαραίτητα τεκμηριώνεται ιστολογικώς και η έγκαιρη διάγνωση είναι τεράστιας σημασίας για την πρόγνωση, η οποία συνήθως είναι κακή, παρά το ότι τα τελευταία χρόνια με τις σωστότερες χειρουργικές μεθόδους και συμπληρωματικές θεραπείες παρατηρείται σταθεροποίηση της καταστάσεως για περισσότερα χρόνια, αν αυτές γίνουν έγκαιρα, σωστά και δεν διαταράξουν την ανοσοβιολογία ή υγεία του πάσχοντος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Βλάβη διαγνωσθείσα έγκαιρα με ή όχι ακόμη χειρουργική αφαίρεση, χωρίς αποκοπή τμημάτων ή μελών σώματος, χωρίς δυσλειτουργίες λόγω της επεμβάσεως, με αρνητικό επί του παρόντος τον υπόλοιπο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο από ειδικό μεγάλο Νοσοκομειακό κέντρο, ανεξαρτήτως ενάρξεως χημειοθεραπειών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως κακή. Η ευρεία χειρουργική αφαίρεση δεν θεωρείται απαραίτητα τελική ίαση: Συνεχής έλεγχος του ασθενούς και συνήθως προληπτικές επιπλέον χημειοθεραπείες. Η ηλικία και η ανοσολογική κατάσταση παίζουν ανάλογο ρόλο· το επάγγελμα μόνο στις δυσμορφίες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................50-67% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Καθυστερημένη σχετικώς διάγνωση με επέκταση της βλάβης και λόγω τούτου ενάρξεως χημειοθεραπειών, αναλόγως της ανευρέσεως ή όχι μεταστάσεων, της γενικής καταστάσεως του ασθενούς και της δυσμορφίας ή δυσλειτουργίας περιοχών, λόγω χειρουργικής αφαιρέσεως ή αφαιρέσεως τμημάτων ή μελών μετά ριζικότερη εγχείρηση ή εμφανίσεως σε άλλα σημεία του δέρματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή έως χείριστη ανάλογα με τα άνωθεν αναφερόμενα στάδια. Κατάσταση βαίνουσα προς επιδείνωση συνηθέστερον. Ενίοτε

σταθεροποιουμένη. Ανοσολογικές διαταραχές και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες ενίοτε εκ των χημειοθεραπειών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67-80% [1-3 χρόνια]

2.4. ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΕΣ (ΕΚΖΕΜΑΤΑ) (ΕΚΤΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φλεγμονώδεις ανοσολογικές - αλλεργικές αντιδράσεις και διαταραχές του δέρματος. Ιστολογικές και λειτουργικές, συνεπεία παραγόντων εσωτερικών ή εξωτερικών. Σήμερα, ο όρος δερματίτιδα και έκζεμα θεωρούνται ταυτόσημα και δέον όπως χρησιμοποιείται ο ένας εκ των δύο. Εχουν διαφόρων ειδών κλινικές εικόνες και παραλλαγές αναλόγως του αίτιου, του είδους και της βαρύτητας της δερματίτιδας και ο πολυμορφισμός του εξανθήματος είναι και το κυριότερο χαρακτηριστικό και κριτήριο αυτών. Επίσης η έκταση, η εντόπιση και η χρονιότητα, σε συνδυασμό με πιθανή δυσχρησία ή δυσλειτουργία των δερματικών περιοχών της δερματίτιδας και τα προσδοκώμενα καλά, μέτρια ή μηδαμινά αποτελέσματα στην ανάλογη θεραπεία, είναι στοιχεία που πρέπει να υπεισέρχονται στην ιατρική και ασφαλιστική σκέψη και κρίση κατά την προσέγγιση του εκάστοτε περιστατικού. Εχουν, εκτός της κλινικής, και χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα (σε περίπτωση διαγνωστικού προβλήματος). Εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς συνήθως δεν είναι απαραίτητος, εκτός ορισμένων περιπτώσεων ενδογενών (εσωτερικών αιτίων ή διαταραχών) δερματιτίδων. Παθήσεις με τάση υποτροπής και ενίοτε και επεκτάσεως, με καλή σχετικώς απάντηση σε σωστά θεραπευτικά προγράμματα, αναλόγως του είδους και των λοιπών στοιχείων της δερματίτιδας, εκτός ορισμένων περιπτώσεων με μόνιμες μη αναστρέψιμες κλινικές και ιστολογικές βλάβες του δέρματος. Τα επιδερμιδικά tests (patch tests) σε συνδυασμό με λεπτομερές ιστορικό βοηθούν στην ανεύρεση του αιτίου (-αιτίων) στις εξωγενείς δερματίτιδες και είναι καθοριστικά στις αλλεργικές επαγγελματικές δερματίτιδες (βλ. Κεφ. 8). Παθήσεις παιδικής έως μέσης συνήθως ηλικίας χωρίς ουσιώδη απόκλιση στα δύο φύλα. Το κληρονομικό ή ατοπικό ιστορικό έχουν σημασία στην πορεία και στην πρόγνωση της παθήσεως.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρή έκταση εξανθήματος με μικρές αναστρέψιμες βλάβες χωρίς στοιχεία δυσχρησίας ή διαταραχής λειτουργικότητας της περιοχής εντοπίσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ καλή. Υποχωρεί εύκολα, έστω και προσωρινά, με την κατάλληλη αγωγή. Ηλικία - επάγγελμα δεν παίζουν ρόλο σ' αυτό το επίπεδο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0-5% [1/2-1 μήνα]

2ο Επίπεδο

Μέτρια έκταση εξανθήματος με χρονιότερες και εντονότερες βλάβες δέρματος, πάλι αναστρέψιμες, χωρίς σημεία δυσχρησίας ή δυσλειτουργίας των περιοχών εντοπίσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Υποχωρεί έστω και προσωρινά με μεγαλύτερη θεραπεία. Ηλικία δεν παίζει ρόλο. Επάγγελμα παίζει ανάλογο ρόλο (ερεθιστικό και υποτροπής) ειδικά αν η εντόπιση είναι σε ακάλυπτα μέρη σώματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-15% [1-2 μήνες]

3ο Επίπεδο

Μεγάλη έκταση και διασπορά του εξανθήματος με χρόνιες υποτροπιάζουσες βλάβες δέρματος και μικρού προς μέτριου βαθμού δερματική δυσκαμψία - δυσχρησία ορισμένων περιοχών (κυρίως άκρων). Πολλές συχνές υποτροπές και θεραπείες εκ του ιστορικού του βιβλιαρίου ασθενείας και προσκομισθέντων ιατρικών στοιχείων. Χωρίς στοιχεία ενδογενών αιτίων ή διαταραχών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Απαιτείται τακτικότερη παρακολούθηση και μεγαλύτερες και εντονότερες θεραπείες. Βλάβες λιγότερο αναστρέψιμες και συχνά υποτροπιάζουσες. Ηλικία όχι αξιόλογο ρόλο επάγγελμα σημαντικό ρόλο καθώς και οι συνθήκες του εργασιακού χώρου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................15-30% [3 μήνες-1 χρόνο]

4ο Επίπεδο

Πολύ μεγάλη έκταση έως γενίκευση του εξανθήματος με συχνές υποτροπές με μεγάλου βαθμού δυσχρησία ή δυσλειτουργία άκρων ή και άλλων περιοχών ανεξαρτήτως εκτάσεως του εξανθήματος. Με πολλές συχνές υποτροπές ή μόνιμη εγκατάσταση του εξανθήματος παρά τις γενομένες θεραπείες χωρίς στοιχεία ενδογενών αιτίων ή διαταραχών (σε περίπτωση υπάρξεως τοιούτων το Π.Α. υπολογίζεται και αναλόγως αυτών).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μέτρια έως επιφυλακτική. Δεν απαντούν καλά στις θεραπείες όταν έχουν περιέλθει σε χρονιότητα (οι οξείες εκτεταμένες ή και γενικευμένες δερματίτιδες έχουν αρκετά καλή απάντηση σε έγκαιρη κατάλληλη θεραπεία) ή υποτροπιάζουν σύντομα. Επηρεάζονται προς το χειρότερο από πάρα πολλά αίτια. Η ηλικία παίζει ρόλο λόγω βιολογικής και ανοσολογικής καταστάσεως του δέρματος. Επάγγελμα λίαν σημαντικό ρόλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........35-50% [1-2 χρόνια]

2.5. ΦΛΥΚΤΑΙΝΩΣΗ ΠΑΛΑΜΩΝ - ΠΕΛΜΑΤΩΝ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εξάνθημα παλαμών, πελμάτων ή και των δύο περιοχών χαρακτηριζόμενο από φλύκταινες μικρές ή μεγάλες, πυκνές ή αραιές, επιφανειακές και εν τω βάθει, επιμολυνθείσες ή μη, οι οποίες δεν επεκτείνονται σε άλλες περιοχές του σώματος. Κατάσταση που ανήκει ενίοτε στα εκζέματα (συνήθως ενδογενή), άλλοτε αποτελεί τύπο ή τμήμα ψωριάσεως, άλλοτε οξεία ή χρονία δερματική αντίδραση σε εξωτερικά αίτια και άλλοτε είναι αυτογενής (αυτοανοσοβιολογική) πάθηση. Περιγράφεται ιδιαιτέρως λόγω των περιοχών εντοπίσεως, της δυσχρησίας αυτών που συνήθως προκαλεί και της μεγάλης σημασίας στα χειρονακτικά επαγγέλματα. Στην οξεία ή αρχική φάση απαντά σχετικά καλά σε ανάλογη θεραπεία, έχει όμως τάση υποτροπής, ιδίως αν είναι εκζεματικού ή ψωριασικού τύπου. Η κλινική εικόνα είναι χαρακτηριστική και είναι αυτή που καθορίζει και το βαθμό βαρύτητας και την όποια αναπηρία του ασθενούς από αυτή. Η επιμέρους όμως αιτιολογία και ο τύπος της φλυκταινώσεως καθορίζονται κατόπιν ειδικών καλλιεργειών, ιστολογικών και ανοσολογικών εξετάσεων. Δεν έχει επίπτωση στη λειτουργία ή κατάσταση των συστημάτων ή οργάνων του ασθενούς και δεν είναι απαραίτητη η γενική κλινικοεργαστηριακή έρευνα αυτού. Παρατηρείται κυρίως στη νεαρή ως μέση ηλικία και παρουσιάζει ελαφρά στατιστική απόκλιση περισσότερο στους άνδρες. Ενίοτε, από τις πολλαπλές υποτροπές και εκθύσεις φλυκταινών, δημιουργούνται υπερκερατωσικές περιοχές ή κρατήρες με μη αναστρέψιμη δερματική δυσκαμψία και ανάλογο δυσχρησία των περιοχών κάποιου βαθμού, κρινομένου κλινικώς. Οστικά ή αρθρικά φαινόμενα δεν υπάρχουν εκτός της περιπτώσεως που η φλυκταίνωση είναι τύπος ή τμήμα ψωριάσεως αρθροπαθητικής (βλ. ανάλογο κεφάλαιο).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αραιές ως μετρίως πυκνές φλύκταινες μικρού προς μετρίου μεγέθους, υποτροπιάζουσες, με μικρή έως μέτρια δερματική δυσχρησία των άκρων χειρών και του ιδίου βαθμού αν υπάρχουν στα πέλματα. Ανεξαρτήτως τύπου φλυκταινώσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή παρά τις ενδεχόμενες υποτροπές, κατόπιν θεραπευτικής αγωγής. Ηλικία δεν παίζει ρόλο. Τα χειρονακτικά επαγγέλματα επηρεάζουν αλλά και αξιολογούνται περισσότερο στην Ιατρική και ιδίως ασφαλιστική κρίση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........5-15% [1-3 μήνες]

2ο Επίπεδο

Μεγάλες, πυκνές φλύκταινες επιμολυνθείσες ή όχι με συχνές υποτροπές, με μετρίου έως μεγάλου βαθμού δυσχρησίας άκρων χειρών ή δυσχερείας υποδήσεως και βαδίσεως αν εντοπίζονται και στα πέλματα. Οι επιμολύνσεις αυτών είναι συχνότερες και η παραμονή μονίμων υπολειμματικών βλαβών πιθανότερη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σχετικώς καλή. Δυσκολότερη η θεραπεία, πιθανότερες οι υποτροπές, μεγαλύτερος ο χρόνος αποδρομής. Σημαντικότερο ρόλο στα χειρονακτικά επαγγέλματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........20-50% [6 μήνες-1 χρόνο]

2.6. ΝΕΥΡΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνεται σε εντοπισμένη και διάσπαρτη διαφόρου εκτάσεως και εντοπίσεως. Χαρακτηρίζεται από πάχυνση και λειχηνοποίηση του δέρματος και έντονο, νυκτερινό συνήθως, και ηδονικό ή βασανιστικό κνησμό. Συχνότερη στις γυναίκες και στη μέση ηλικία. Ο ψυχικός και νευροφυτικός παράγοντας είναι καθοριστικός στην πορεία ή επιδείνωση της παθήσεως και συχνά και το αίτιο εμφανίσεως αυτής οπότε επί αξιολόγου εντάσεως, εκτάσεως και μη απαντήσεως στις θεραπείες, χρήσιμη είναι η συνεργασία και Ψυχίατρου στη διερεύνηση και αντιμετώπιση του ασθενούς. Ο εξωγενής παράγοντας (ερεθιστικός ή αλλεργικός) συνήθως ελλείπει. Ενίοτε όμως δύνανται να μετατραπούν σε Νευροδερματίτιδες, δερματίτιδες άλλου τύπου ή εξ ολοκλήρου ή περιοχές αυτών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Εντοπισμένη ή μικρής έως μετρίας συνολικής εκτάσεως διάσπαρτη, με τη συνήθη πάχυνση και λειχηνοποίηση του δέρματος και κνησμό ελεγχόμενο με συνήθη φάρμακα. Χωρίς ψυχοπαθολογικό υπόστρωμα. Χωρίς δυσχρησίες στα σημεία εντοπίσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Ελέγχεται ή και θεραπεύεται με συνήθη φάρμακα παρά το ότι μπορεί να υποτροπιάσει ανάλογα και με την ψυχική κατάσταση του πάσχοντος. Ηλικία, επάγγελμα δεν επιδρούν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................0-5% [1/2-1 μήνα]

2ο Επίπεδο

Μεγάλης εκτάσεως με σημαντική πάχυνση και λειχηνοποίηση του δέρματος, δύσκολα ελεγχόμενη με συνήθεις θεραπείες. Βασανιστικός κνησμός, συνεχής σχεδόν, που προκαλεί συχνά τραυματισμούς και επιμολύνσεις του δέρματος. Χωρίς δυσχρησίες στα σημεία εντοπίσεως ή μικρές.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Ελέγχεται δύσκολα και θεραπεύεται ριζικά σπανιότερα. Νευροφυτικός παράγοντας συνήθως συνυπάρχει και ενίοτε και ψυχικός. Δυσκολότερη αντιμετώπιση στη χρονία μορφή και μεγάλες ηλικίες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................10-20% [2-6 μήνες]

Στο 2ο επίπεδο και επί ψυχοπαθολογικού υποστρώματος από κοινού με ψυχίατρο το Π.Α.

2.7. ΑΚΤΙΝΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από ακτινοβολία τμήματος δέρματος για θεραπευτικούς σκοπούς αυτού ή έσω οργάνων με διαφόρου τύπου, δόσεως και διάρκειας ακτινοβολία ή από μικρότερη συνεχή ακτινοβολία από διάφορα μηχανήματα παραγωγής ακτίνων, διαφόρων επαγγελμάτων. Διακρίνεται σε πρώιμο στάδιο, που εμφανίζεται με ερύθημα έως μελάγχρωση του δέρματος, με πάχυνση και απολέπιση αυτού, χωρίς ατροφίες, σκληρότητα, ρικνώσεις, το οποίο εμφανίζεται λίγες ημέρες μετά την ακτινοβολία, και σε παλαιό ή όψιμο στάδιο, το οποίο εμφανίζεται μήνες ή και χρόνια μετά την ακτινοβολία με σκλήρυνση, ατροφία, ρικνώσεις και ελκώσεις, με κίνδυνο δημιουργίας σε αυτές ακόμη και ακανθοκυτταρικών επιθηλιωμάτων. Ανάλογα με την έκταση και την εντόπιση στο στάδιο αυτό δημιουργείται και ανάλογη δερματική δυσκαμψία και δυσλειτουργία της περιοχής. Επίσης στο στάδιο αυτό οι βλάβες και οι συνέπειες αυτών είναι μη αναστρέψιμες, εκτός δια πλαστικών χειρουργικών αποκαταστάσεων - αν μπορούν να γίνουν. Ιδιαίτερη σημασία για ασφαλιστικούς - αναπηρικούς λόγους έχουν οι ακτινοδερματίτιδες, αξιόλογης φυσικά εκτάσεως και εντόνων βλαβών δέρματος, των περιοχών προσώπου, λαιμού, άνω και κάτω άκρων, λόγω της πιθανής δερματικής δυσκαμψίας και δυσχρησίας που προκαλούν.

Η κατωτέρω ταξινόμηση σε επίπεδα βαρύτητας και τα προτεινόμενα Π.Α. αφορούν αποκλειστικά και μόνο την ακτινοδερματίτιδα και τις βλάβες του δέρματος, ανεξαρτήτως του λόγου ή της παθήσεως για την οποία έγινε θεραπευτική ακτινοβολία και η οποία θα λάβει και το δικό της Π.Α. σύμφωνα με την κρίση του εκάστοτε ειδικού Ιατρού συμβούλου κατά περίπτωση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Πρώιμο στάδιο ή όψιμο στάδιο, χωρίς ακόμα αξιόλογης εντάσεως και εκτάσεως βλάβες δέρματος και χωρίς δερματική δυσκαμψία της περιοχής.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Η κατάσταση σταθεροποιείται και σπάνια επιδεινώνεται ακόμη και χωρίς σοβαρή δερματολογική θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........έως 5% [1 μήνα]

2ο Επίπεδο

Οψιμο στάδιο με μεγαλύτερης εκτάσεως και εντονότερες βλάβες δέρματος μετά μικρού βαθμού δερματικής δυσκαμψίας και σε περιοχές μεγαλύτερης σημασίας (πρόσωπο, λαιμός, άνω και κάτω άκρα).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Η κατάσταση δύναται να σταθεροποιηθεί αλλά και να επιδεινωθεί αφεαυτής. Ο ασθενής και υπό δερματολογική παρακολούθηση. Αποφυγή ακτινοβολιών έστω και ηλιακών και θερμικών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........10-20% [2 μήνες-1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Οψιμο στάδιο μεγάλης σχετικά εκτάσεως με εγκατάσταση πλέον σκληρότητας, ατροφίας, ρικνώσεως και ίσως ελκώσεων του δέρματος και μέτριου προς μεγάλου βαθμού δερματική δυσκαμψία των περιοχών με πιθανή την ανάπτυξη επιθηλιωμάτων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Η κατάσταση επιδεινώνεται αλλά μάλλον βραδέως.
Απαραίτητες και δερματολογικές θεραπείες με αμφίβολα αποτελέσματα. Συζητείται και πλαστική χειρουργική αποκατάσταση, ειδικά σε ανάπτυξη πολλών ελκώσεων και πιθανών επιθηλιωμάτων. Λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός δυσκαμψίας σε σχέση με την εντόπιση και το επάγγελμα του πάσχοντος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........20-35% [6 μήνες-2 χρόνια]

2.8. ΥΠΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΕΣ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δερματοπάθειες που αφορούν το υπόδερμα και προβάλουν με διάφορες κλινικές εικόνες και στην επιφάνεια του δέρματος. Παρουσιάζονται σε διάφορα σημεία του κορμού και των άκρων αλλά συνηθέστερη είναι η εντόπισή τους στα κάτω άκρα και περισσότερο στις κνήμες. Διαιρούνται αδρά, αναλόγως του αιτίου, σε μικροβιακές, αλλεργικές, αγγειακές, ιδιοπαθείς. Η κλινική εικόνα αυτών παρουσιάζει μικρές ειδικές διαφορές ως και επιμέρους ειδικά εργαστηριακά ευρήματα. Παρατηρούνται στο υπόδερμα, προβάλλονται και προς την επιφάνεια, οζίδια ή όζοι διαφόρου μεγέθους, υπόσκληρης συστάσεως, συχνά επώδυνα αραιής ή πυκνής διατάξεως. Ενίοτε παρατηρείται και τάση εξελκώσεως αυτών προς την επιφάνεια ή οίδημα της περιοχής εντοπίσεως. Σε μερικά είδη αυτών υπάρχουν και γενικά συμπτώματα (πυρετική κνήση, αίσθημα καταβολής και κακουχίας, άλγη και στην εκτός των όζων περιοχή). Καταστάσεις που απαντούν συνήθως καλά στις ανάλογες θεραπείες, μερικά είδη αυτών όμως έχουν τάση υποτροπών και άλλα εγκαταλείπουν και στην ύφεση κάποια υπολειμματικά κλινικά στοιχεία (ελαφρό οίδημα της περιοχής, σκληρίες στην περιοχή των όζων, ελαφρά άλγη). Μερικές φορές αποτελούν συνοδά κλινικά σημεία γενικότερων λοιμωδών νόσων (οι οποίες θα περιγραφούν στα οικεία κεφάλαια). Η κλινική εικόνα των υποδερματιτίδων, η εντόπισή τους και τα προβλήματα που τυχόν παρουσιάζει η περιοχή εντοπίσεως, σε συνδυασμό με την κατηγορία και πιθανή αιτιολογία της νόσου και με τα γενικότερα συμπτώματα - ευρήματα, αν υπάρχουν, είναι τα κριτήρια για την ιατρική και ασφαλιστική σκέψη και κρίση της εκάστοτε περιπτώσεως.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αραιά, μικρού προς μέτριου μέγεθους, όζοι, επώδυνοι ή όχι, χωρίς εξελκώσεις, οιδήματα, γενικά συμπτώματα ή τοπική επιβάρυνση της περιοχής εντοπίσεως. Ανεξαρτήτως είδους και αιτιολογίας.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ καλή. Υποχωρούν σχετικά ταχέως με την ανάλογη θεραπεία χωρίς υπολειμματικά στοιχεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........έως 5% [1 μήνα]

2ο Επίπεδο

Μεγαλύτεροι και πυκνότεροι όζοι, συχνά επώδυνοι με ίσως ελαφρό οίδημα της περιοχής, ήπια γενικά συμπτώματα, αν υπάρχουν, χωρίς εξελκώσεις, και μικρού βαθμού δυσχρησία της περιοχής εντοπίσεως μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα ιδίως στα κάτω άκρα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Υποχωρούν με μεγαλύτερη και εντονότερη θεραπεία. Μερικά είδη υποτροπιάζουν και ενίοτε καταλείπουν μετά από μερικές υποτροπές υπολειμματικά κλινικά σημεία ελαφρού βαθμού. Η εντόπιση στα άκρα μεγαλύτερης σημασίας ιδιαίτερα σε μερικά επαγγέλματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......10-20% [3-6 μήνες]

3ο Επίπεδο

Μεγάλης εκτάσεως βλάβες μονόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες με έντονα κλινικά σημεία της περιοχής ή περιοχών και ενίοτε με συνοδά γενικά συμπτώματα - ευρήματα, ή επιφανειακές εξελκώσεις (σπάνια). Συνήθως, ιδιαίτερα στα κάτω άκρα, παρατηρείται και μέτριου προς μεγάλου βαθμού. δυσχρησία αυτών και ανάλογη δυσχέρεια βαδίσεως. Οι αγγειακής ή μικροβιακής αιτιολογίας υποδερματίτιδες, σε αυτό το επίπεδο, κρίνονται σοβαρότερες επειδή εγκυμονούν και περαιτέρω κινδύνους.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Υποχωρούν δύσκολα και συνήθως καταλείπουν υπολειμματικά κλινικά ή και εργαστηριακά σημεία. Μεγαλύτερης σημασίας από τα άλλα επίπεδα και η αιτιολογία της υποδερματίτιδας, η ηλικία και το επάγγελμα του πάσχοντος. Συχνά τίθενται και σε γενικότερο νοσοκομειακό έλεγχο και θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......25-50% [6 μήνες-1 χρόνο]

2.9. ΛΕΠΡΑ (νόσος του Hansen)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μικροβιακή νόσος οφειλόμενη στο βάκιλλο του Hansen και μεταδιδόμενη από άνθρωπο σε άνθρωπο. Γενική νόσος με εκδηλώσεις από το δέρμα, μύες, νεύρα, βλεννογόνους και σπλάγχνα. Βραδύτατη η εξέλιξή της και ενίοτε πολύ μεγάλος (από λίγες εβδομάδες μέχρι 12 - 15 χρόνια) ο χρόνος επωάσεως. Αρχαιότατη νόσος, συχνή στην Ελλάδα, ιδίως την προς του 1950 περίοδο. Έχει συνήθως χαρακτηριστική κλινική εικόνα όπως και ειδικές εργαστηριακές και ιστολογικές εξετάσεις προς τεκμηρίωση της διαγνώσεως και κατάταξη αυτής σε *μία από τις γενικές μορφές* της νόσου (λεπρωματώδη, φυματιοειδή, ακαθόριστη - ενδιάμεση) με κλινικές, εργαστηριακές διαφορές και κυρίως ως προς την εξέλιξη, την πρόγνωση και την προσβολή και βλάβη πολλών οργάνων από τη νόσο, ιδιαίτερα τροφονευρωτικών διαταραχών και αλλοιώσεων δέρματος - μυών - νεύρων προσώπου, άνω και κάτω άκρων, οι οποίες κυρίως λαμβάνονται υπόψη και καθορίζουν την υπάρχουσα ή όχι και το βαθμό αναπηρίας στη μετα - λοιμώδη περίοδο της νόσου (μετά τις γενόμενες ειδικές θεραπείες οι οποίες σήμερα υπάρχουν και σε ανάλογο με το βαθμό και τη μορφή χρόνο, καθιστούν τη νόσο λοιμωδώς ιαθείσα, γεγονός που πρέπει να βεβαιωθεί με επίσημο πιστοποιητικό από ειδική διαγνωστική και θεραπευτική μονάδα ειδικού Νοσοκομείου). Οι διαταραχές αυτές και αλλοιώσεις εμφανίζονται άλλοτε ταχύτερα ή βραδύτερα από την έναρξη της νόσου και σπάνια αποκαθίστανται παρά τις ειδικές θεραπείες. Η νόσος δεν είναι κληρονομική και η εμφάνισή της σε πολλά άτομα της ίδιας οικογένειας οφείλεται στη μεταδοτικότητα και στη συμβίωση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Λέπρα πρόσφατη ή αναζωπύρωση παλαιάς υπό πλήρη θεραπεία ανεξαρτήτως υπάρξεως τροφονευρωτικών διαταραχών και αλλοιώσεων ή βλαβών οργάνων

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σχετικά καλή, ειδικά αν δεν υπάρχουν διαταραχές και βλάβες οργάνων, με την προϋπόθεση ειδικής Νοσοκομειακής θεραπείας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......80% [1-2 χρόνια]
Μετά τη θεραπεία ή σε παρελθόντων ετών νόσηση, κρίση ανάλογα με τα κάτωθι επίπεδα βαρύτητας

1ο Επίπεδο

Χωρίς αξιόλογες διαταραχές ή υπολειμματικές βλάβες και ανάλογα με το χρόνο νοσήσεως, και λήξεως της ειδικής θεραπείας και της χορηγήσεως ή όχι συντηρητικής ή αναμνηστικής τοιαύτης.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως σχετικά καλή. Λοιμωδώς ιαθείσα η πάθηση. Μικρή πιθανότητα εξέλιξης οψίμως ή εμφανίσεως τροφονευρωτικών διαταραχών. Υπό παρακολούθηση οι ασθενείς.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..10-25% [6 μήνες-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Μέτριου βαθμού διαταραχές και αλλοιώσεις ιδιαίτερα στο πρόσωπο, άνω και κάτω άκρα με ανάλογη δυσχρησία των περιοχών αυτών. Χωρίς απώλεια μερών των περιοχών αυτών και χωρίς βλάβες οπτικού νεύρου - οφθαλμών - οράσεως. Με ανάλογες αισθητικές διαταραχές των ανωτέρω περιοχών. Λοιπή γενική κατάσταση καλή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βλάβες συνήθως μη αναστρέψιμες και ενίοτε και εξελικτικές. Πρόγνωση σχετικά καλή έως μέτρια. Αισθητικές διαταραχές. Υπό συχνότερη παρακολούθηση οι ασθενείς. Πιθανότητα υποτροπής αναφέρεται.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..35-50% [1-3 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού τροφονευρωτικές διαταραχές και αλλοιώσεις προσώπου και ιδιαίτερα άνω και κάτω άκρων, με αισθητικές διαταραχές αυτών και ενίοτε με απώλεια ή απορρόφηση τμημάτων αυτών. Μεγάλου βαθμού δυσχρησία των περιοχών και ενίοτε διαταραχές ανώτερων αισθητηρίων (οφθαλμών - ώτων). Ενίοτε προσβολή και σπλαγχνικών οργάνων με ανάλογες διαταραχές αυτών. Ενίοτε αχρησία άκρων χειρών και ποδών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση όχι καλή. Βλάβες μη αναστρέψιμες και πολλές φορές και εξελικτικές. Υπό συστηματική παρακολούθηση οι ασθενείς. Μεγαλύτερες πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Γενική κατάσταση μέτρια έως κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................67-80% [3 χρόνια-εφ' όρου ζωής]

2.10. ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δερματοπάθεια με διάφορες μορφές και κλινικές εικόνες (φυματώδης λύκος, μυρμηκιώδης φυματίωση, χοιράδωση, βλατιδώδεις και βλατιδονεκρωτικές φυματίδες, σκληρό ερύθημα) και παραλλαγές αυτών μικρότερης σημασίας, οφειλόμενη στη μόλυνση περιοχών του δέρματος με το βάκιλλο του Koch ή δευτεροπαθώς μέσω φυματιώσεως άλλου οργάνου (κυρίως πνευμόνων) ή πρωτοπαθώς με άμεση επαφή και είσοδο του βακτηριδίου μέσω του δέρματος (σπανιότερο). Οι διάφορες μορφές φυματιώσεως του δέρματος εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο, τον τράχηλο, τα άνω και κάτω άκρα, τις μασχάλες και τις βουβωνικές χώρες. Εχουν ποικίλη κλινική εικόνα, αλλά χαρακτηριστικές εργαστηριακές και ιστολογικές εξετάσεις για τεκμηρίωση της διάγνωσης και της μορφής αυτής. Προσβάλλει άτομα νεαρής κυρίως ηλικίας, έχει ποικίλη έκταση και ένταση, ανάλογα με τη μορφή και τη έγκαιρη διάγνωσή της και καλή πρόγνωση σήμερα με τις ειδικές αντιφυματικές θεραπείες. Καταλείπουν συνήθως ουλώδεις βλάβες στα σημεία εντοπίσεως και μετά τη θεραπεία, που προκαλούν ενίοτε δυσκαμψία ή δυσχρησία των περιοχών αυτών και η οποία λαμβάνεται ανάλογα υπόψη στην τελική ασφαλιστική σκέψη και κρίση κάθε περιπτώσεως. Οι πάσχοντες τίθενται υπό έλεγχο σε ειδική νοσοκομειακή μονάδα για την πιθανή ανεύρεση φυματιώσεως και άλλων οργάνων (κυρίως πνευμόνων) και τίθενται σε ανάλογη θεραπευτική αγωγή.

Η παρακάτω ταξινόμηση σε επίπεδα βαρύτητας και τα προτεινόμενα Π.Α. αφορούν αποκλειστικά και μόνο τις δερματικές εντοπίσεις και βλάβες, ανεξαρτήτως ύπαρξης φυματίωσης άλλου οργάνου, η οποία σε θετική περίπτωση θα αξιολογηθεί και θα κριθεί υπό του Ειδικού Ιατρού Συμβούλου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρής εκτάσεως βλάβες ανεξάρτητα μορφής και εντοπίσεως, χωρίς αξιόλογες καταστροφές ιστών και χωρίς αξιόλογο επηρεασμό της λειτουργικότητας των περιοχών εντοπίσεώς τους.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Ιαση χωρίς αξιόλογα τοπικά κατάλοιπα (ουλές, δυσκαμψίες κ.λπ.) με την κατάλληλη ειδική θεραπεία εγκαίρως. Νοσοκομειακός έλεγχος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 5-10% [6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Μεγαλύτερης εκτάσεως βλάβες με εντονότερη κλινική εικόνα και πιθανή εξέλκωση της πάσχουσας περιοχής ή με σχηματισμό δύσμορφης ή μη ουλής, χωρίς αξιόλογη δερματική δυσκαμψία ή δυσλειτουργία της περιοχής εντοπίσεως μετά τη θεραπεία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Ιαση με μικρού βαθμού τοπικά κατάλοιπα, χωρίς αξιόλογη δυσλειτουργία της περιοχής εντοπίσεως με την κατάλληλη ειδική θεραπεία. Νοσοκομειακός έλεγχος, γενικός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 10-20% [6 μήνες-1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Μεγάλης σχετικά εκτάσεως βλάβες ή πολλαπλής εντοπίσεως, με εξελκώσεις των περιοχών και παραμονή δύσμορφων ουλών, που συνήθως επιφέρουν ανάλογο (μέτριο ή μεγάλο) βαθμό δερματικής δυσμορφίας - δυσκαμψίας και δυσχρησίας - δυσλειτουργίας των περιοχών και μετά τη θεραπεία. Μεγαλύτερος χρόνος θεραπείας και επιπλέον και δερματικές θεραπείες στις βλάβες, χωρίς αξιόλογα αποτελέσματα στην αποκατάσταση του δέρματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή ως προς τη μικροβιακή κατάσταση, επιφυλακτική ως προς την κατάσταση και αποκατάσταση των προσβληθεισών περιοχών δέρματος - υποδέρματος. Συνήθως μη αναστρέψιμες οι καταστροφές του δέρματος και μετά την ίαση της μικροβιακής παθήσεως· νοσοκομειακός έλεγχος, γενικός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 25-50% [1-2 χρόνια]

2.11. ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κακοήθεις νεοπλασίες προερχόμενες από τα αιμοφόρα αγγεία από τον έξω ή έσω χιτώνα αυτών. Ιστολογικά αποτελούνται από πολυάριθμα αγγεία πεπαχυσμένα ή νεόπλαστα, άφθονο συνδετικό ιστό και μάζες ατύπων ενδοθηλιακών κυττάρων με άτυπες πυρηνοκινησίες. Προβάλλουν προς το δέρμα υπό μορφή πλακών επηρμένων και ογκιδίων, τα οποία αυξάνουν βραδέως αλλά σημαντικά. Δίνουν τελικά σε προχωρημένο στάδιο μεταστάσεις σε παρακείμενους ιστούς και αιμοβριθή όργανα. Επί έγκαιρης διαγνώσεως θεραπεύονται με ακτινοβολίες ή με ευρεία χειρουργική αφαίρεση. Σε προχωρημένο στάδιο (καθυστέρηση διαγνώσεως και σημαντική κλινική αύξηση του μεγέθους και του αριθμού των βλαβών) θεωρούνται κακοηθέστερα, η ίαση αμφισβητείται και ο ασθενής τίθεται υπό τακτική παρακολούθηση και θεωρείται ύποπτος μεταστάσεων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρού μεγέθους και αριθμού, βλάβες ανεξαρτήτως εντοπίσεως, εγκαίρως διαγνωσθείσες και χωρίς υπολειμματικές δυσμορφίες ή δυσλειτουργίες από τη χειρουργική αφαίρεση ή ακτινοβολία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σχετικά καλή. Πιθανή ίαση μετά την ευρεία αφαίρεση. Λοιπός κλινικο - εργαστηριακός έλεγχος συνηθέστατα αρνητικός. Ηλικία - επάγγελμα δεν επηρεάζουν. Σπανιότατες οι μεταστάσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

2ο Επίπεδο

Μεγάλου μεγέθους και αριθμού βλάβες που απαιτούν ή έχουν υποστεί μεγαλύτερη χειρουργική επέμβαση, χωρίς επέκταση σε παρακείμενους ιστούς ή όργανα, με αρνητικό τον λοιπό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και ανάλογα με το είδος της επεμβάσεως, την εντόπιση, την έγκαιρη ή μη διάγνωση.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Πιθανή ίαση μετά την ευρεία αφαίρεση και ακτινοβολία. Απαιτείται τακτική παρακολούθηση του ασθενούς. Επί καθυστερημένης διαγνώσεως δύνανται να δώσουν μεταστάσεις. Ηλικία - επάγγελμα δεν επηρεάζουν. Απαιτείται συνήθως και ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 25-50% [1-2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Ακόμη μεγαλύτερου μεγέθους και αριθμού βλάβες, με καθυστερημένη διάγνωση, επέκταση σε παρακείμενους ιστούς και ανάλογα με το λοιπό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και την τοπική κατάσταση της περιοχής προ ή μετά επέμβαση και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή. Πιθανές οι μεταστάσεις και οι υποτροπές. Δύσκολη η χειρουργική αντιμετώπιση αμφίβολα τα αποτελέσματα ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..50-80% [1-3 χρόνια]

2.12. ΣΥΦΙΛΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μικροβιακή νόσος οφειλόμενη στην ωχρά σπειροχαίτη και μεταδιδόμενη από άνθρωπο σε άνθρωπο κυρίως μέσω των ερωτικών επαφών. Νόσος βραδείας εξελίξεως, με βαθμιαία μικροβιαιμία (δευτερογόνος σύφιλη) και δυνατότητα, αν αφεθεί για πολύ χωρίς θεραπεία, εγκαταστάσεως και βλάβης όλων των οργάνων κυρίως του αγγειακού και νευρικού ιστού, κάτι που σπανίως συναντάται πλέον από πολλά έτη, λόγω της σύντομης και αποτελεσματικής θεραπείας. Νόσος όχι κληρονομική αλλά εμφανιζόμενη λόγω μεταδόσεως (σε έμβρυα από πάσχουσα μητέρα κατά την κύηση από τον 4ο μήνα διαμέσου του πλακούντα). Νόσος καλής προγνώσεως σήμερα και με ριζική ειδική θεραπεία, ακόμη και στην τριτογόνο μορφή της, διάρκειας 2-4 μηνών ανάλογα. Επιτυγχάνεται ίαση του ασθενούς, αν υποβληθεί στη σωστή θεραπευτική αγωγή, χωρίς να απαιτούνται επαναλήψεις θεραπείων ή παρατεταμένα συντηρητικά θεραπευτικά σχήματα, παρά τις παραμένουσες θετικές ειδικές αιματολογικές εξετάσεις, επειδή αυτές είναι ορολογικές - αντισωματικές. Ο ασθενής θεωρείται μη μεταδοτικός στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον από το 1ο 10ήμερο της θεραπείας. Γι' αυτό στη νόσο αυτή δεν τίθεται θέμα ποσοστού αναπηρίας σε όλα της τα στάδια σήμερα αλλά αναρρωτικής άδειας μικρού χρονικού διαστήματος. Εξαιρούνται περιπτώσεις αγγειακής ή νευρικής σύφιλης ή βλάβης άλλου οργάνου (σπανιότατες πλέον τα τελευταία χρόνια), οπότε η κατάσταση του ασθενούς και η απ' αυτήν αναπηρία ελέγχεται με πλήρη νοσοκομειακό έλεγχο και κρίνεται σε συμβούλιο με τους κατά περίπτωση ειδικούς, ανεξάρτητα της ειδικής θεραπείας για το λοιμώδες σκέλος αυτών των περιπτώσεων, το οποίο θεραπεύεται, αλλά οι τυχούσες ανατομοφυσιολογικές βλάβες ιστών ή οργάνων σπάνια αποκαθίστανται.

2.13. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Λοιμώδης, ιογενής (ειδικού ιού) νόσος (βλ. και Κεφ. 1), μεταδιδόμενη κυρίως σεξουαλικώς, μέσω της αιματικής οδού και μέσω μικροσκοπικών έστω λύσεων της συνέχειας σημείων των βλεννογόνων ή δέρματος, αλλά και μέσω άλλων οδών, μέσω των βιολογικών υγρών εκκρίσεων πασχόντων ή φορέων αυτής. Νόσος της νεαρής έως μέσης ηλικίας, με σταθερά αυξανόμενη διάδοση από το 1985 και μετά. Θίγει το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού μέσω της καταστροφής των Τ - λεμφοκυττάρων και βαθμιαία επιφέρει ανεπάρκεια έως καταστροφή αυτού, με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των μηχανισμών αμύνης και καλής λειτουργίας και εμφάνιση με το χρόνο σωρείας παθολογικών συμπτωμάτων, καταστάσεων και επιπλοκών από τα διάφορα όργανα και συστήματα του πάσχοντος. Νόσος χείριστης τελικά προγνώσεως, χωρίς αποτελεσματική θεραπεία ακόμα, παρά τα ειδικά θεραπευτικά προγράμματα στις ειδικές μονάδες της χώρας, τα οποία ενδεχομένως αναβάλλουν την κατάληξη, αναχαιτίζουν πρόσωρινά την εξέλιξη, βελτιώνουν τη βιολογική κατάσταση των πασχόντων ή αυξάνουν την άμυνα των φορέων (χωρίς κλινική συμπτωματολογία ακόμα). Απροσδιόριστα ακόμη και με διαφορές κατά περίπτωση παραμένουν 1ον) ο χρόνος επωάσεως της παθήσεως (από εβδομάδες και άνω) από το χρόνο πιθανής μολύνσεως μέχρι θετικοποιήσεως των ειδικών αιματολογικών εξετάσεων και 2ον) ο χρόνος ενάρξεως παθολογικών συμπτωμάτων και κλινικής εικόνας του πάσχοντος από το χρόνο

εμφανίσεως θετικών αιματολογικών εξετάσεων (από εβδομάδες έως χρόνια ή και καθόλου). Ολοι με θετικές αιματολογικές εξετάσεις τίθενται υπό παρακολούθηση και ίσως και θεραπεία στις ειδικές μονάδες. Πρόδρομα συμπτώματα του πάσχοντος είναι καταβολή, πυρετός, διαταραχές εντερικές, αδενίτιδα, απώλεια βάρους, ωχρότητα, στοματίτιδα επίμονη στη θεραπεία, εφιδρώσεις. Επιπλοκές βαθμηδόν από όλα τα συστήματα και όργανα. Συνηθέστερες οι λοιμώξεις διάφορων ειδών και σοβαρού βαθμού, πνευμονία, από πνευμονοκύστη *carinii*, διάσπαρτο αγγειοσάρκωμα Kaposi. Η ύπαρξη έστω και μιας από αυτές υποδηλώνει βαρύτατη εξέλιξη της παθήσεως και απαιτεί συνεχή νοσηλεία και θεραπεία σε ειδική μονάδα με πιθανότερη, σε άλλοτε άλλο χρόνο, την κατάληξη του ασθενούς.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Θετικές οι ειδικές αιματολογικές εξετάσεις της νόσου από ειδική μονάδα, χωρίς σαφή αναφερόμενη συμπτωματολογία και χωρίς κλινική εικόνα ενός έστω ευρήματος από τα αναφερόμενα για τους πάσχοντες από τη νόσο. Γενική κατάσταση καλή. Συνήθως τυχαίο εύρημα σε έλεγχο ασθενούς λόγω τρόπου ζωής ή σεξουαλικής συμπεριφοράς ή σε έλεγχο αιμοδοσίας ή σε συνήθη νοσοκομειακό έλεγχο. Τεράστια η ψυχολογική επιβάρυνση του έχοντος θετικά τα εργαστηριακά ευρήματα έστω και χωρίς συμπτώματα της νόσου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική έως κακή. Ο ασθενής θεωρείται ότι δεν πάσχει ακόμη, αλλά έχει προσβληθεί από τον ιό και δύναται ανά πάσα στιγμή να αρχίσει να νοσεί δεδομένου ότι είναι απροσδιόριστος ο χρόνος ενάρξεως της παθήσεως και σαν κλινικής οντότητας και δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακόμη αποτελεσματική προληπτική θεραπεία. Επιπλέον και ως φορέας απλά αποτελεί ίσως ένα μικρό κίνδυνο στους γύρω από αυτόν σε κοντινή απόσταση και για πολλές ώρες καθημερινά συνεργαζόμενους. Επίσης απαιτείται άριστη κατάσταση και συντήρηση οργανισμού, απομάκρυνση από κάθε δυσμενή παράγοντα και αρκετές ώρες εβδομαδιαίως για την προληπτική του παρακολούθηση και ίσως και θεραπεία από την ειδική νοσοκομειακή μονάδα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ......50-67% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Θετικές οι ειδικές εξετάσεις και εμφάνιση ειδικών συμπτωμάτων και έστω δύο από τα αναφερόμενα κλινικά ευρήματα ανεξαρτήτως του είδους θεραπείας και νοσηλείας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή ως χείριστη. Θεωρείται πάσχων σε αρχικό έστω στάδιο, χωρίς απαραίτητα ύπαρξη όλων των ευρημάτων ή επιπλοκών της νόσου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ......80% [2-3 χρόνια]

2.14. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ ΠΑΛΑΜΩΝ ΚΑΙ ΠΕΛΜΑΤΩΝ (νόσος της Meleda)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κληρονομική νόσος που αρχίζει από τη βρεφική ηλικία και χαρακτηρίζεται από υπερκερατωσική πλάκα συνήθως μεγάλου πάχους και ανώμαλης επιφάνειας, υποκίτρινης χροιάς, η οποία καταλαμβάνει ολόκληρη την επιφάνεια των παλαμών και των πελμάτων, με προσβολή συνήθως και των ονύχων και διαταραχές εφίδρωσης και αφής των περιοχών αυτών.

Η κλινική εικόνα και ο βαθμός της παθήσεως έχει ήδη ολοκληρωθεί από την πρώτη παιδική ηλικία (προϋπάρχουσα κατάσταση κατά την ασφαλιστική έννοια). Λόγω της σκληρότητας και του πάχους (και αναλόγως αυτών) των περιοχών εντοπίσεως, προκαλεί μέτριου έως σημαντικού βαθμού δερματική δυσκαμψία και δυσχρησία των άκρων χειρών και ανάλογη δυσχέρεια υποδήσεως και βαδίσεως. Λόγω τούτου πρέπει να λάβει ποσοστό αναπηρίας 20% έως 50% ανάλογα, αλλά στην προϋπάρχουσα κατάσταση κατά την ασφαλιστική έννοια και χωρίς επιδείνωση.

2.15. ΙΧΘΥΑΣΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος κληρονομική που αρχίζει από τη βρεφική ηλικία (συνεπώς προϋπάρχουσα, πάντοτε με την ασφαλιστική έννοια).

Παρουσιάζεται και στα δύο φύλα και χαρακτηρίζεται από φαιόχρωμα λέπια μικρού έως μεγαλύτερου της φακής μεγέθους, τα οποία καλύπτουν ολόκληρη τη δερματική επιφάνεια, εκτός παλαμών, πελμάτων και βλεννογόνων. Σε ορισμένες μορφές της νόσου τα λέπια λόγω του μεγέθους και του πάχους τους προκαλούν φαινόμενα δερματικής δυσκαμψίας, κυρίως άνω και κάτω άκρων, καθώς και διαταραχές εκκριτικότητας δέρματος (ιδρώτα, σμήγματος). Δερματοπάθεια ανίατη με ανακουφιστικές βελτιωτικές της επιφάνειας του δέρματος (προσωρινά) θεραπείες. Δεν σχετίζεται με λειτουργικές ή ιστολογικές διαταραχές συστημάτων ή οργάνων του σώματος. Ενίοτε, σε σοβαρές μορφές της νόσου, τα πάσχοντα άτομα λόγω της καταστάσεως του δέρματος υφίστανται συχνά δερματικές μολύνσεις, παρουσιάζουν φαινόμενα κοπώσεως και δυσφορίας και έχουν κάποια προδιάθεση νοσηρότητας μικροβιακής, λόγω μειωμένης δερματικής αντιστάσεως (μία από τις λειτουργίες του δέρματος).

Η μορφή και η βαρύτητα της νόσου παρατηρούνται από την αρχική εμφάνιση και όχι με εξελικτικό τρόπο με την πάροδο πολλών ετών και γι' αυτό η ιατρική και η ασφαλιστική κρίση το ανάλογο ποσοστό αναπηρίας αναφέρονται στην προϋπάρχουσα κατάσταση χωρίς επιδείνωση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρού μεγέθους και πάχους λέπια, χωρίς αξιόλογη δερματική δυσκαμψία και χωρίς λειτουργικές διαταραχές δέρματος. Ελλείπουν λοιπά φαινόμενα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος δεν θεραπεύεται, αλλά στο επίπεδο αυτό δεν απαιτούνται απαραίτητα θεραπείες, λόγω μικρών αλλοιώσεων επιφάνειας δέρματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........5-15%
στην προϋπάρχουσα χωρίς επιδείνωση

2ο Επίπεδο

Μεγάλου μεγέθους και πάχους λέπια με μέτρια έως σημαντική δερματική δυσκαμψία και λειτουργικές διαταραχές δέρματος ανάλογου βαθμού. Χωρίς γενικά συμπτώματα δυσφορίας ή επιπλοκές.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως στο επίπεδο αυτό απαιτούνται θεραπείες για βελτίωση της επιφάνειας του δέρματος και βελτίωση των δερματικών συμπτωμάτων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........20-35%
στην προϋπάρχουσα χωρίς επιδείνωση

3ο Επίπεδο

Λίαν σημαντικού μεγέθους ή πάχους λέπια, με υπερκερατώσεις σε πολλά σημεία, μεγάλου βαθμού δερματική δυσκαμψία, ενίοτε σε όλη την επιφάνεια και έντονες λειτουργικές διαταραχές του δέρματος. Συνυπάρχουν και γενικά φαινόμενα κοπώσεως και δυσφορίας και ενίοτε και επιπλοκές επιμολύνσεων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Στο επίπεδο αυτό οι ανακουφιστικές θεραπείες ελάχιστα αποδίδουν. Υπάρχει και αισθητικό πρόβλημα εμφανές και ψυχολογική επιβάρυνση του πάσχοντος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50%
στην προϋπάρχουσα χωρίς επιδείνωση.

2.16. ΛΕΥΚΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δερματοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας, με προδιαθεσικούς ίσως παράγοντες την ύπαρξη της παθήσεως και σε άλλα μέλη της ίδιας οικογένειας, την ψυχική επιβάρυνση, μικροδιαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αλλά με σημαντικές πιθανότητες να ενταχθεί τελικά στις αυτοανοσοβιολογικές διαταραχές του δέρματος. Χαρακτηρίζεται από λεύκανση του δέρματος σε μικρές ή μεγάλες, ακανόνιστου σχήματος, περιοχές, λόγω απώλειας της μελανίνης (βιολογική χρωστική του δέρματος) σε αυτές. Εντοπίζεται συνήθως στο πρόσωπο, τα άνω άκρα, τα κάτω άκρα, τον κορμό, τα γεννητικά όργανα, με προτίμηση τις δύο πρώτες περιοχές. Δερματοπάθεια και των δύο φύλων και όλων των ηλικιών. Το δέρμα στις πάσχουσες περιοχές δεν παρουσιάζει άλλη ανατομο - φυσιολογική αλλοίωση ή διαταραχή, ούτε σχετίζεται η πάθηση με άλλες νόσους ή διαταραχές του οργανισμού.

Είναι μόνο αισθητικό πρόβλημα με μία μεγαλύτερη φωτοευαισθησία στις περιοχές αυτές, όταν φυσικά παρουσιάζεται σε ακάλυπτα μέρη του σώματος και ιδίως το πρόσωπο και έχει αξιόλογη έκταση. Ακόμη και οι μέχρι σήμερα θεραπείες δεν είναι πλήρως αποτελεσματικές, δύνανται όμως οι πάσχουσες περιοχές να καλύπτονται με διάφορες ειδικές ουσίες (τύπους μακιγιάζ) στο χρώμα του φυσιολογικού δέρματος. Για όλα τα ανωτέρω δεν τίθεται θέμα ποσοστού αναπηρίας, κατά την ασφαλιστική έννοια, στην πάθηση αυτή.

2.17. ΨΩΡΙΑΣΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας, με χαρακτηριστική κλινική και ιστολογική εικόνα και με εντοπίσεις στο τριχωτό της κεφαλής, τον κορμό, τα άνω και τα κάτω άκρα. Νόσος της νεαρής έως μέσης συνηθέστερα ηλικίας και των δύο φύλων, δυσίατος, υποτροπιάζουσα, μη μεταδοτική. Η ψυχική επιβάρυνση φαίνεται να παίζει ρόλο στην ένταση και στις υποτροπές. Δεν υπάρχει ριζική θεραπεία μέχρι σήμερα. Δεν υπάρχουν παθολογικές επιδράσεις στα ή από τα άλλα συστήματα ή όργανα, εκτός ορισμένων περιπτώσεων (κολλαγονικής μάλλον προδιαθέσεως άτομα) που συνοδεύεται ή δημιουργεί αρθρικά και οστικά συμπτώματα και ευρήματα (ψωρίαση μετά αρθροπαθείας ή αρθροπαθητική ψωρίαση). Στη μορφή αυτή στην ασφαλιστική σκέψη και κρίση κυρίως λαμβάνονται υπόψη ο βαθμός και η έκταση των εκδηλώσεων αυτών από το σκελετικό σύστημα και το ανάλογο ποσοστό αναπηρίας καλύτερα να αποφασίζεται μετά ορθοπεδικού συμβούλου από κοινού.

Αναλόγως της κλινικής εικόνας, η νόσος κατατάσσεται σε διάφορους τύπους και μορφές. Την ασφαλιστική αναπηρία ενδιαφέρει κυρίως, εκτός των ανωτέρω περιπτώσεων, η φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών και πελμάτων λόγω της δυσχρησίας των περιοχών αυτών που προκαλεί, η ψωρίαση κατά πλάκας αν είναι σημαντικής εκτάσεως μετά κλινικών σημείων δερματικής δυσκαμψίας και δυσχρησίας των περιοχών εντοπίσεως και η γενικευμένη ερυθροδερμική μορφή, λόγω και των λειτουργικών διαταραχών του δέρματος (εκκριτικότητας, αδήλου διαπνοής, θερμορυθμίσεως) από το λίαν εκτεταμένο ή γενικευμένο εξάνθημα και τις αγγειοκινητικές διαταραχές που συνυπάρχουν. Επίσης στην τελευταία αυτή μορφή υπάρχει και μη αμελητέο αισθητικό πρόβλημα και ψυχολογικό πρόβλημα των πασχόντων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρής έως μέτριας εκτάσεως κατά πλάκας μορφή ή φλυκταινώδης μορφή ελαφρά χωρίς αξιόλογα σημεία δερματικής δυσκαμψίας και αρθροπαθητική μορφή με ελαφρού βαθμού αρθρικές - οστικές εκδηλώσεις.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σχετικώς καλή. Υφεση με κατάλληλες θεραπείες. Υποτροπές αναμένονται. Το επάγγελμα δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........5-20% [1-6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Μεγάλης εκτάσεως κατά πλάκας μορφή ή φλυκταινώδης μορφή με αξιόλογο βαθμό δυσχρησίας άνω και κάτω άκρων και αρθροπαθητική μορφή με πολλαπλές αρθρικές - οστικές εκδηλώσεις μέτριου βαθμού, με σχετικά συχνές υποτροπές και θεραπείες.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Σχετική ύφεση μετά από μεγαλύτερες θεραπείες. Υποτροπές συνήθεις και ενίοτε συχνές. Τα χειρονακτικά ή τα δυσμενών συνθηκών επαγγέλματα επιβαρύνονται περισσότερο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........25-40% [6 μήνες-1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Λίαν εκτεταμένης ή γενικευμένης κλινικής εικόνας κατά πλάκας μορφή ή έντονη φλυκταινώδης μορφή με μεγάλο βαθμό δερματικής δυσκαμψίας και δυσχρησίας των περιοχών εντοπίσεως και αρθροπαθητική μορφή με πολλαπλές και έντονες αρθρικές οστικές εκδηλώσεις. Επίσης γενικευμένη ερυθροδερμική μορφή, που εμφανίζει και τις αναφερόμενες στον πρόλογο του κεφαλαίου λειτουργικές διαταραχές δέρματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οχι καλή. Δύσκολες και μακροχρόνιες θεραπείες με μικρή ύφε-

ση. Επίπεδο που επιβαρύνονται όλα σχεδόν τα επαγγέλματα. Υποτροπές συνήθεις και συχνές. Υπάρχει και αισθητικό πρόβλημα και ψυχολογική εξαιτίας αυτού επιβάρυνση του πάσχοντος.

- ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........50-67% [1-2 χρόνια]

2.18. ΠΑΡΑΨΩΡΙΑΣΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δερματοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας, διαφόρων μορφών (σταγονοειδής, κατά πλάκας, λειχηνοειδής) με εξανθήματα ερυθηματολεπιδώδους συνήθους τύπου εκτεταμένα ή όχι στο κορμό, τα άνω και τα κάτω άκρα. Είναι ήπιας έως μέτριας συνήθως εντάσεως με καλή απάντηση στις ανάλογες θεραπείες, εκτός μίας ιδιαίτερης μορφής, της ευλογιοειδούς παραψωριάσεως του Mucha-Haperman με βλατιδο-νεκρωτικές-αγγειακές εκδηλώσεις του δέρματος, εξαπλούμενες σε μέτρια έως μεγάλη έκταση. Η μορφή αυτή χρήζει περαιτέρω ελέγχου, παρακολουθήσεως και ειδικής μακράς θεραπείας μέχρις αποδρομής. Η μορφή αυτή δύναται να λάβει ποσοστό αναπηρίας 20-50% ανάλογα, επί ένα χρόνο, καθώς επίσης και η γενίκευση του εξανθήματος στις άλλες μορφές της παθήσεως. Οι συνήθεις μορφές παραψωριάσης, στη συνήθη τους έκταση και ένταση, δεν παρουσιάζουν αναπηρία με την ασφαλιστική έννοια. Υπάρχει όμως η πιθανότητα η δερματοπάθεια αυτή και ιδίως η κατά πλάκας και η λειχηνοειδής μορφή της να μεταπέσει στη Σπογγοειδή Μυκητίαση, πάθηση σοβαρή (βλ. σχετικό κεφάλαιο), οπότε αλλάζουν τα κριτήρια και η απόφαση για ασφαλιστική αναπηρία. Για το λόγο αυτό οι πάσχοντες από τη νόσο τίθενται κατά διαστήματα σε κλινικοεργαστηριακό δερματολογικό νοσοκομειακό έλεγχο.

2.19. ΣΠΟΓΓΟΕΙΔΗΣ ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ*

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας, βραδείας (πολλών ετών) εξελίξεως, αλλά κακής τελικά προγνώσεως. Κατατάσσεται στις προ- και νεοπλασματικές καταστάσεις του δέρματος, με συμμετοχή και ευρήματα τελικώς και από το γενικό οργανισμό και τα όργανα του. Προσβάλλει συνηθέστερα άνδρες μέσης ηλικίας. Εχει χαρακτηριστική κλινική και ιστολογική εικόνα, ανάλογη του σταδίου που ευρίσκεται (στάδιο ακανόνιστου κνησμώδους ερυθήματος, στάδιο διηθημένων και περιγεγραμμένων πλακών και το σπάνιο στάδιο σχηματισμού δερματικών όγκων). Η κλινική εικόνα της νόσου εκδηλώνεται σε σχετικά μεγάλη έκταση του κορμού, των άνω και των κάτω άκρων. Συνοδεύεται συνήθως, από το 2ο ιδίως στάδιο, και από γενικά συμπτώματα, όπως καχεξία, καταβολή δυνάμεων, πυρετική ενίοτε κίνηση, απώλεια βάρους, σπλαγχνικά ενοχλήματα και διαταραχές. Σε όλα τα στάδια απαιτείται τακτική νοσοκομειακή παρακολούθηση του ασθενούς και αναλόγως του σταδίου και παρατεταμένες ή επαναληπτικές θεραπείες ειδικού τύπου (κορτιζονοθεραπείες, χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες, ανοσοβιολογικές θεραπείες κ.λπ. συνοδά θεραπευτικά σχήματα, αναλόγως των επιπλοκών). Οι θεραπείες αυτές προσφέρουν σχετικά καλά αποτελέσματα προσωρινού ελέγχου της νόσου, παρά τις αναμενόμενες υποτροπές της και παρατείνουν για πολλά χρόνια τη σχετικώς καλή κατάσταση του ασθενούς και αναβάλλουν την εξέλιξη ή επιβραδύνουν το ρυθμό της νόσου. Δεν είναι μεταδοτική, συγγενής ή κληρονομική.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

1ο στάδιο της νόσου στην εικόνα του ερυθήματος σε αξιόλογη έκταση και με ιστολογική επιβεβαίωση, χωρίς ακόμη κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα από τον υπόλοιπο οργανισμό και χωρίς άλλες αιτιάσεις εκτός από τον εντονότατο κνησμό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική, λόγως της βραδείας έστω εξελίξεως της νόσου. Το στάδιο αυτό απαντά καλά στις ειδικές θεραπείες. Υποτροπές αναμένονται.

- ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........20-35% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

2ο στάδιο της νόσου των περιγεγραμμένων και διηθημένων πλακών σε αξιόλογη έκταση με συχνές υποτροπές. Διόγκωση διαφόρων λεμφαδένων. Πιθανά αιματολογικά ευρήματα λευχαιμικού τύπου και ενίοτε σπλαγχνικές διαταραχές. Συνήθως συνυπάρχουν αιτιάσεις καταβολής, πυρετικής κινήσεως, σπλαγχνικών ενοχλήσεων.

* Η νόσος παρά το όνομά της δεν έχει σχέση με μύκητες.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οχι καλή. Εντονότερες και μακρότερες οι απαιτούμενες θεραπείες. Συχνές υποτροπές. Απαιτείται τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος. Δύναται να εξελιχθεί κακώς χωρίς τη δημιουργία 3ου σταδίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................50-67% [2-3 έτη]

3ο Επίπεδο

2ο στάδιο της νόσου, αλλά με μεγαλύτερη και εντονότερη εικόνα, πολλαπλές αιτιάσεις, κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα από το γενικό οργανισμό, σπλαγχνικές διαταραχές, καταβολή, καχεξία. Επίσης και το 3ο στάδιο των δερματικών όγκων με όλα τα ανωτέρω ευρήματα και γενική κατάσταση βαρέως πάσχοντος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή έως χείριστη. Απαιτούνται συχνές νοσηλείες και έντονες θεραπείες με μέτρια αποτελέσματα και προσωρινά. Κατάσταση μη αναστρέψιμη προς ικανοποιητική βελτίωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................80% [2 χρόνια-εφ' όρου ζωής]

2.20. ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

2.20.1. Χρόνιος ή δισκοειδής

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εντοπίζεται κυρίως στο πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής και χαρακτηρίζεται από μικρές ερυθροϊώδεις πλάκες με υπερκεράτωση και ουλώδη ατροφία αυτών. Δεν συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα ή αλλοιώσεις άλλων οργάνων. Απαντά καλά στις ειδικές θεραπείες και σπανιότατα μεταπίπτει σε συστηματικό λύκο. Δεν παρουσιάζει εργαστηριακά ευρήματα εκτός μικρού βαθμού λευκοπενίας, έχει όμως χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα και ευρήματα ανοσοφθορισμού. Η πιθανότερη αιτιολογία, στη μορφή αυτή, είναι η αυτοάνοσος αντίδραση του δέρματος.

2.20.2. Υποξύς ή διάχυτος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ενδιάμεσος μορφή καλοηθέστερη του συστηματικού με μεγαλύτερη εξάπλωση του εξανθήματος από το δισκοειδή στο πρόσωπο, τον κορμό, τα άνω και τα κάτω άκρα. Τα γενικά συμπτώματα και αν υπάρχουν είναι ήπια. Δεν παρουσιάζει σπλαγχνικές προσβολές. Εργαστηριακώς, εκτός της χαρακτηριστικής ιστολογικής διαπιστώνονται και μικρού βαθμού λευκοπενία, μικρή αύξηση της ΤΚΕ, ενίοτε αντιπυρηνικά αντισώματα και ψευδώς θετικές αντιδράσεις. Πιθανότερη αιτιολογία η κολλαγονωσική. Η μορφή αυτή δύναται να μεταπέσει σε συστηματικό λύκο και γι' αυτό απαιτείται συχνός έλεγχος.

2.20.3. Οξύς ή συστηματικός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χωρίς να είναι απαραίτητη στη μορφή αυτή η παρουσία δερματικού εξανθήματος, όταν υπάρχει είναι περισσότερο εξαπλωμένο σε διάφορα σημεία του σώματος. Κολλαγονικής αιτιολογίας εξελικτική μορφή, με βραδεία πορεία, αλλά κακή τελικά πρόγνωση. Τα γενικά συμπτώματα είναι συνήθη (πυρετική κίνηση κατά καιρούς, αρθραλγίες, καταβολή) και οι επιπλοκές από προσβολή σπλάγχνων αναμενόμενες συν τω χρόνω, όπως πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα, νεφρίτιδα, σπληνομεγαλία, νευρικές και οφθαλμολογικές διαταραχές, οπότε και απαιτείται και συνεργασία λοιπών ειδικών. Υπάρχουν απαραιτήτως στη μορφή αυτή χαρακτηριστικά εργαστηριακά ευρήματα. Απαιτούνται εντονότερες θεραπείες, συνεχείς συντηρητικές, με μέτρια αποτελέσματα. Τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος και ενίοτε και νοσηλείες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δισκοειδής λύκος, ο οποίος είναι συνήθως μικρής εκτάσεως και χωρίς επιπλοκές. Υπάρχει όμως φωτοευαισθησία στις περιοχές εντοπίσεως. Μικρή δυσμορφία αναλόγως της εκτάσεως του εξανθήματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Η μορφή αυτή απαντά σχετικά καλά σε ειδικές θεραπείες. Λόγω φωτοευαισθησίας τα εξωτερικά επαγγέλματα παίζουν περισσότερο ρόλο και συστήνεται φωτοπροστασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................5-20% [3-6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Διάχυτος λύκος μικρής ως μέτριας διασποράς και συνολικής εκτάσεως, με ήπια, αν υπάρχουν, γενικά συμπτώματα και αρνητικό το γενόμενο έλεγχο για τυχόν μετάπτωση σε αρχόμενο συστηματικό. Φωτοευαισθησία στις περιοχές εντοπίσεως και ενίοτε δυσμορφία σε μερικά σημεία, λόγω εκτάσεως. Γενική κατάσταση καλή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή ως μέτρια. Πιθανότητα μεταπτώσεως σε συστηματικό. Τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος και εντονότερες ή και συνεχείς θεραπείες που προκαλούν και πολλές φορές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης τακτικός οφθαλμολογικός έλεγχος με ευρήματα ενίοτε.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................25-35% [6 μήνες-1 χρόνος]

3ο Επίπεδο

Συστηματικός λύκος, με τα χαρακτηριστικά κλινικά, εργαστηριακά και γενικά ευρήματα αξιόλογου έως σημαντικού βαθμού και ενίοτε με προσβολή σπλάγχνων γι' αυτό και απαιτείται πλήρης νοσοκομειακός έλεγχος. Γενική κατάσταση επηρεασμένη έως και κακή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική έως κακή με μέτρια αποτελέσματα στις ειδικές θεραπείες. Εντονότερες θεραπείες. Συνεχείς συντηρητικές. Τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος. Τα βαρέα επαγγέλματα επιβαρύνονται περισσότερο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................40-67% [1-3 χρόνια]

2.21. ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΕΣ

2.21.1. Εντοπισμένες μορφές

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι διαφόρων τύπων (κατά πλάκες, κατά ταινίες, δακτυλιοειδής, σταγονοειδής) σε διάφορα σημεία του σώματος με σκλήρυνση και ατροφία του δέρματος στα σημεία αυτά. Κολλαγονωσικής μάλλον αιτιολογίας, χωρίς γενικά συμπτώματα ή επιπλοκές από τα υπόλοιπα όργανα. Εντοπίζονται κυρίως στον κορμό και τα άκρα και σπανιότατα στο πρόσωπο. Βραδύτατης επεκτάσεως σε άλλα σημεία και παρά το ότι το εξάνθημα υποχωρεί πολύ δύσκολα είναι καλής προγνώσεως επειδή σπανιότατα μεταπίπτει σε γενικευμένη. Ανάλογα με τη συνολική έκταση του εξανθήματος και της περιοχής εντοπίσεως, όλες οι εντοπισμένες μορφές κυμαίνονται σε ποσοστό αναπηρίας από 0%-20%.

2.21.2. Γενικευμένη ή συστηματική

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σοβαρή μορφή της νόσου, κολλαγονωσικής αιτιολογίας, με κακή ως χείριστη πρόγνωση, λόγω σταθερής βαθμιαίας επιδεινώσεως και προσβολής κυρίως και του πεπτικού συστήματος αλλά και με διαταραχές από τους νεφρούς, τους πνεύμονες, την καρδιά και το μυοσκελετικό σύστημα.

Στο δέρμα παρατηρείται από την αρχική φάση της νόσου χαρακτηριστική λέπτυνση και ατροφία προσώπου με ρίκνωση των χειλέων. Περιοχές με σκληρότητα στον κορμό και ιδιαίτερα στα άκρα. Φαινόμενο Raynaud άκρων χειρών. Λέπτυνση και σκλήρυνση δακτύλων και μόνιμη ενίοτε δυσκαμψία αυτών με αισθητικές διαταραχές. Παρατηρείται επίσης βαθμός μυϊκής ατροφίας άνω και κάτω άκρων με αρθραλγίες και ανάλογη δυσχρησία αυτών.

Βαθμηδόν η νόσος συνοδεύεται και από καταβολή, απώλεια βάρους, καχεξία και προσβολή και άλλων οργάνων με χείριστη πλέον πρόγνωση.

Δεν παρατηρούνται αξιόλογα αποτελέσματα στις ειδικές θεραπείες, ούτε στην αρχική φάση της μορφής αυτής της νόσου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αρχική φάση της μορφής αυτής με τα χαρακτηριστικά κλινικά σημεία στο πρόσωπο, τα άνω και τα κάτω άκρα, χωρίς ακόμη αξιόλογα γενικά συμπτώματα και χωρίς εμφανή σημεία προσβολής άλλων οργάνων. Εκτός από τις ανάλογες δυσχρησίες των άκρων γενική κατάσταση σχετικώς καλή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή λόγω της βαθμιαίας επιδεινώσεως. Κατάσταση μη αναστρέψιμη χωρίς αποτελεσματικές θεραπείες. Τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος της νόσου και του υπόλοιπου οργανισμού. Τα βαρέα επαγγέλματα σημαντική επιβάρυνση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-67% [1-3 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Τα ανωτέρω με επηρεασμό της γενικής καταστάσεως και λοιπών συστημάτων (ατονία, καχεξία, μυατροφίες, αρθραλγίες, δυσκαταποσία, απώλεια βάρους).
Γενική κατάσταση κακή. Εντονότατες λειτουργικές διαταραχές μυοσκελετικού και πεπτικού συστήματος και πιθανές προσβολές άλλων οργάνων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Κακή ως χείριστη. Κατάσταση μη βελτιουμένη.
Συχνές μακρές νοσηλείες προς υποστήριξη των λοιπών διαταραχών του οργανισμού.
Σε όλα τα επαγγέλματα πλήρης αδυναμία συμμετοχής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........80% [3 χρόνια - εφ' όρου ζωής]

2.22. ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ (ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΙΤΙΔΑ)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος κολλαγονωσικής αιτιολογίας με οξεία ή χρόνια πορεία, προσβάλλουσα τους μύες, κυρίως των άκρων, με φλεγμονή, εκφύλιση και ατροφία αυτών βαθμηδόν.

Παρουσιάζεται με συμπτώματα άλγους, ατονίας, δυσκινησίας των προσβεβλημένων περιοχών και το δέρμα αυτών παρουσιάζει εικόνα δερματίτιδας, κνιδώσεως ή πολύμορφου ερυθήματος.

Συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα όπως πυρετική κίνηση, μυαλγίες, ατονία, αγγειοκινητικές διαταραχές.

Εχει χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα από σημείο προσβεβλημένου μυός.

Επιφυλακτικής προγνώσεως, χωρίς ειδική θεραπεία και με παραμονή λειτουργικής ανικανότητας στους προσβληθέντες μύες ακόμη και στην καλή εξέλιξη και υποχώρηση αυτής. Ενίοτε, ιδίως στην οξεία μορφή ή σε προχωρημένο στάδιο, δύναται να καταλήξει κακώς λόγω έντονης και πολλαπλής προσβολής βασικών λειτουργικών μυών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη φάση της νόσου με ιστολογική επιβεβαίωση και προσβολή ενός ή λίγων μυών χωρίς ακόμη αξιόλογη λειτουργική δυσχρησία των περιοχών, με ήπια τοπικά και γενικά συμπτώματα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική λόγω της εξελικτικής πορείας της νόσου. Η νόσος και σε αυτό το επίπεδο απαιτεί μικρή μυϊκή κόπωση και γι' αυτό το επάγγελμα παίζει καθοριστικό ρόλο στον υπολογισμό του ποσοστού αναπηρίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........25-50% [1-2 χρόνια]
αναλόγως του επαγγέλματος

2ο Επίπεδο

Προχωρημένο στάδιο της νόσου με προσβολή πολλών μυών ή βασικών μυών, με αξιόλογη έως σημαντική λειτουργική ανικανότητα, τοπικά και γενικά συμπτώματα μέτριου έως σημαντικού βαθμού.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Μη αναστρέψιμη προς βελτίωση κατάσταση. Αδυναμία εκτελέσεως έστω και ελαφράς εργασίας.
Βραδεία η πορεία της νόσου, αλλά τελικώς κακή η εξέλιξη και κατάληξη του ασθενούς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80% [2-4 χρόνια]

2.23. ΠΕΜΦΙΓΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος προσβάλλουσα και τα δύο φύλα, της μέσης συνήθως ηλικίας, και παρουσιαζόμενη λόγω ανοσοβιολογικών διαταραχών του δέρματος και του οργανισμού. Βραδείας εξελίξεως αλλά

κακής έως χείριστης προγνώσεως, επειδή βαθμηδόν προσβάλλονται και εσωτερικά όργανα και εμφανίζονται σωρεία επιπλοκών, τοπικών και γενικών, λόγω ανοσολογικής διαταραχής του οργανισμού. Αρχίζει με διάσπαρτες πομφόλυγες, μικρές και μεγάλες, αιμορραγικές, ρηγνυόμενες και επιμολυσμένες, με βαθμιαία εξάπλωση σε πολλά σημεία του κορμού και των άκρων. Εχει συνήθως εξαρχής και γενικά συμπτώματα όπως κακουχία, καταβολή και τάση νοσηρότητας των πάσχοντων.

Δεν είναι μεταδοτική ούτε συγγενής ή κληρονομική. Εχει χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα και ειδικές εξετάσεις ανοσοφθορισμού και αντισωμάτων για την απαραίτητη επιβεβαίωση της διαγνώσεως.

Απαιτείται αμέσως τακτική νοσοκομειακή παρακολούθηση και έντονες ειδικές θεραπείες (κορτιζονοθεραπείες, χημειοθεραπείες, ανοσοβιολογικές θεραπείες) οι οποίες προκαλούν συχνά αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω των μεγάλων δόσεων και της μακράς διάρκειας αυτών.

Ενίοτε απαιτούνται και νοσοκομειακές νοσηλείες για μεγάλα χρονικά διαστήματα προς έλεγχο της παθήσεως και του οργανισμού και ρύθμιση των ειδικών θεραπειών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αρχική φάση της νόσου με θετικά τα ειδικά εργαστηριακά ευρήματα, με ελαφρά έως μέτρια την κλινική εικόνα και με ήπια ακόμα τα γενικά συμπτώματα και χωρίς επηρεασμό συστημάτων ή οργάνων. Γενική κατάσταση σχετικώς καλή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική λόγω της βραδείας αλλά βαθμιαίας επιδεινώσεως με την πάροδο λίγων ετών ή και συντομότερα. Με τις ειδικές θεραπείες σήμερα οι πάσχοντες συντηρούνται σχετικώς καλά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Απαιτούνται όμως τακτική νοσοκομειακή παρακολούθηση και συντηρητικές θεραπείες. Το επάγγελμα δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..35-50% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Εξέλιξη της νόσου με εντονότερη κλινική εικόνα και με εγκατεστημένα γενικά συμπτώματα. Πιθανός ο επηρεασμός άλλων συστημάτων ή προσβολή άλλων οργάνων με ανάλογες βλάβες ή λειτουργικές διαταραχές αυτών. Γενική κατάσταση επηρεασμένη, εύκολη νοσηρότητα σε λοιπούς παράγοντες, εικόνα γενικώς πάσχοντος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή έως χείριστη. Δύσκολα αναστρέψιμη προς αξιόλογη βελτίωση κατάσταση. Επιπλοκές από τη νόσο υπαρκτές. Θεραπείες έντονες και συνεχείς. Ανεπιθύμητες ενέργειες από αυτές συνήθεις. Συνεχής νοσοκομειακή παρακολούθηση, ενίοτε και μακράς διάρκειας νοσηλείες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..67-80% [2-3 χρόνια]

2.24. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑΔΗ-BEHÇET

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύνδρομο άγνωστης αιτιολογίας, υποτροπιάζον, χαρακτηριζόμενο από διάσπαρτες επώδυνες διαβρώσεις και ελκώσεις στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και στη στοματική κοιλότητα και οφθαλμικές διαταραχές (επιπεφυκίτιδες, ιριδοκυκλίτιδες). Συνοδεύεται συνήθως από πυρετική κίνηση, αρθραλγίες, διόγκωση των κατά γόνυ αρθρώσεων και ενίοτε και θρομβοφλεβίτιδα. Σπανιότερα και με συμπτώματα ή διαταραχές από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Παρουσιάζεται περισσότερο σε άνδρες μέσης ηλικίας. Το δερματολογικό μέρος του συνδρόμου δύναται να παρέρχεται στις υποτροπές του, με ανάλογες ειδικές θεραπείες και, παρά την επώδυνη οξεία φάση του, είναι σχετικώς σύντομης διάρκειας και δεν συμμετέχει στο ποσοστό αναπηρίας κατά την ασφαλιστική έννοια (χρήζει αναρρωτικής άδειας).

Το ποσοστό αναπηρίας, αν υπάρχει, και ποιου βαθμού και διάρκειας είναι, καθορίζεται από το οφθαλμολογικό - ορθοπεδικό - νευρολογικό μέρος του σύνδρομου μετά από λεπτομερή εξέταση και εκτίμηση από τους ανάλογους ειδικούς συμβούλους.

2.25. ΠΕΛΛΑΓΡΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος οφειλόμενη σε έλλειψη παράγοντος του βιταμινικού συμπλέγματος "Β" και σε συνύπαρξη διαταραχής ή παθολογικού

παράγοντα του γαστρεντερικού σωλήνα. Χαρακτηρίζεται 1) από εκδηλώσεις και διαταραχές του δέρματος στα ακάλυπτα συνήθως μέρη με χαρακτηριστικά πελλαγρικά εξανθήματα, 2) από διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, με ανορεξία, δυσπεψία, άλγη, διαταραχές κενώσεων και 3) διαταραχές του νευρικού συστήματος με ιλίγγους, νευραλγίες, διαταραχές οράσεως ενίοτε και με ψυχικές διαταραχές. Καλοήθης και αναστρέψιμη πάθηση με την κατάλληλη θεραπεία και διατροφή, καθώς και με τη θεραπευτική υποστήριξη των λοιπών διαταραχών της νόσου. Εξαιρούνται περιπτώσεις παραμελημένες επί σειρά ετών χωρίς θεραπεία με προχωρημένες βλάβες κυρίως νευρικού συστήματος οπότε η ίαση και η πλήρης αποκατάσταση όλων των διαταραχών του πάσχοντος δεν αναμένονται.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δερματικές εκδηλώσεις και γαστρεντερικές διαταραχές, χωρίς νευρολογικά ευρήματα και με σχετικά πρόσφατη εμφάνιση της νόσου. Γενική κατάσταση σχετικώς καλή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Καλή. Αποκατάσταση των βλαβών με την κατάλληλη αγωγή. Τα εκτεθειμένα στον ήλιο επαγγέλματα επιβαρύνονται περισσότερο λόγω επιδεινώσεως των δερματικών βλαβών συνεπεία φωτοευαισθησίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 20-35% [3-6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Συνύπαρξη εκτός των ανωτέρω και νευρολογικών διαταραχών αξιόλογου βαθμού ή και ψυχικών διαταραχών.
Παραμελημένη η νόσος για αρκετό διάστημα.
Πιθανές διαταραχές και από άλλα συστήματα ή όργανα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Επιφυλακτική κυρίως ως προς το νευρολογικό μέρος. Η επιβάρυνση για όλα τα επαγγέλματα είναι ίδια, μεγαλύτερη όμως στα ηλικιωμένα άτομα και ασθενικούς τύπους. Απαιτείται συνήθως και Νοσοκομειακός έλεγχος για πιθανές διαταραχές και από άλλα συστήματα ή όργανα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50-67% [1-2 χρόνια]

2.26. ΧΗΛΟΕΙΔΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερτροφικές, ακανόνιστες, ερυθρωπές ουλές του δέρματος δυνάμενες να συμβούν σε διάφορα σημεία της επιφάνειας του σώματος, όχι αυτόματα αλλά απαραίτητα κατόπιν χειρουργικών επεμβάσεων, τραυματισμών, εγκαυμάτων. Είναι υπόσκληρης συστάσεως, ακανόνιστου σχήματος (ανάλογα με την προηγηθείσα κάκωση), ομαλής ή ανώμαλης επιφάνειας.

Παρουσιάζονται λόγω ανώμαλης ιδιότητας του δέρματος ορισμένων ατόμων στα σημεία εκείνα να δημιουργεί υπερβολική και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη, πολύ πέραν της απαιτούμενης για επούλωση προηγηθείσας κακώσεως. Καλοήθεις βλάβες χωρίς τάση εξαλλαγής ή άλλες οργανικές επιπτώσεις.

Είναι δυσκολότατη, προβληματική και συνήθως αποτυγχάνει η προσπάθεια θεραπείας ή αφαιρέσεως αυτών, ακόμη και με τα σημερινά μέσα.

Δημιουργούν ενίοτε προβλήματα αισθητικά, διαταραχές λειτουργιών δέρματος και δερματική δυσκαμψία αναλόγως της περιοχής εντοπίσεως, φυσικά αν είναι αξιόλογης εκτάσεως ή σε λειτουργικά σημεία του σώματος (άκρα, καμπτικές επιφάνειες κ.λπ.) και δημιουργούν αξιόλογο βαθμό δυσμορφίας ή δυσχρησίας, οπότε και λαμβάνουν λόγω αυτού και ανάλογο ποσοστό αναπηρίας.

2.27. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ KAPOSI (ΧΩΡΙΣ AIDS) ή ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας, κατατασσόμενη στις νεοπλασίες του αγγειακού ιστού και εκδηλούμενη και στο δέρμα με διηθημένες πλάκες ερυθροϊώδεις ή φαιόχρους και όζους και ογκίδια διαφόρου μεγέθους, διάσπαρτα συνήθως στα κάτω και ενίοτε και στα άνω άκρα. Παρουσιάζεται συνηθέστερα σε άνδρες μέσης ηλικίας. Είναι βραδείας εξελίξεως αλλά κακής έως χείριστης προγνώσεως, επειδή βαθμηδόν δύναται να επεκταθεί και σε άλλα σημεία του δέρματος ή και να εκδηλωθεί σε όργανα κυρίως του πεπτικού συστήματος και να επιφέρει σοβαρότατες επιπλοκές και στη συνέχεια και το θάνατο.

Από την πρώτη εμφάνιση της νόσου στα άκρα συνοδεύεται από άλγη αυτών, κυκλοφορικές διαταραχές και ανάλογη δυσχέρεια βαδίσεως. Ενίοτε συνυπάρχουν ευθύς εξαρχής και γενικά συμπτώματα, όπως καταβολή, καχεξία, διόγκωση λεμφαδένων, πυρετική κίνηση. Ενίοτε επίσης συνυπάρχει με κάποια μορφή λεμφώματος ή άλλη κακοήθεια.

Απαιτείται από της εμφανίσεως τακτικός ή συνεχής ειδικός νοσοκομειακός έλεγχος.

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δερματικές εκδηλώσεις στα άκρα, με εργαστηριακή επιβεβαίωση, χωρίς επέκταση σε άλλα σημεία του σώματος, με μέτριου έως σημαντικού βαθμού ενοχλήματα και δυσχρησία άκρων. Επίσης χωρίς ακόμα αξιόλογα γενικά συμπτώματα και αρνητικό τον γενικό κατά συστήματα (ιδίως πεπτικού) και αιματολογικό ·γ: ο. Γενική κατάσταση σχετικώς καλή.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οχι καλή, λόγω της βραδείας μεν αλλά σταθερής εξελίξεως και επιδεινώσεως της νόσου.
Τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος χωρίς θεαματικά αποτελέσματα. Επιβάλλεται ανάπαυση και καλή συντήρηση οργανισμού.
Τα βαρέα επαγγέλματα επιβαρύνουν περισσότερο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........25-50% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Τα ανωτέρω με σημαντική επέκταση του εξανθήματος, ύπαρξη γενικών συμπτωμάτων και ευρημάτων και ενίοτε και επέκταση και σε εσωτερικά όργανα ή με αιματολογικές διαταραχές.
Γενική κατάσταση επιβαρημένη έως κακή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή έως χείριστη. Σταθερή μη ελεγχόμενη επιδείνωση. Συνεχής νοσοκομειακός έλεγχος και θεραπείες χωρίς αξιόλογα αποτελέσματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80% [2-3 χρόνια]

2.28. ΛΕΙΧΗΝΕΣ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομάδα δερματοπαθειών με πολλές παραλλαγές και τύπους και ανάλογη με αυτούς χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Εντοπίζονται κυρίως στα άνω και κάτω άκρα και ενίοτε στον κορμό. Εχουν επίσης, κατά τύπους, χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα προς επιβεβαίωση (επί αμφιβολιών) της διαγνώσεως.

Παθήσεις άγνωστης αιτιολογίας και των δύο φύλων της μέσης κυρίως ηλικίας.

Επίμονες και δύσκολες στη θεραπεία υποτροπιάζουσες δερματοπάθειες, αλλά συνήθως μικρής συνολικής εκτάσεως, καλοήθεις και καλής προγνώσεως, χωρίς να συνοδεύονται ή να προκαλούν οργανικές διαταραχές ή γενικά συμπτώματα.

Γι' αυτό δεν τίθεται θέμα ποσοστού αναπηρίας κατά την ασφαλιστική έννοια στις παθήσεις αυτές, εκτός σπανίων περιπτώσεων λίαν εκτεταμένων μορφών, με συρρέουσες πλάκες, με δερματική δυσκαμψία ενδεχομένως και δυσχρησία άνω ή κάτω άκρων και βασανιστικό κνησμό, οι οποίες δύνανται να λάβουν προσωρινά (3 έως 6 μήνες) ποσοστό αναπηρίας 35 - 50% μέχρι ικανοποιητικής βελτιώσεως της καταστάσεως με τις ανάλογες θεραπείες.

2.29. ΕΡΠΗΤΟΕΙΔΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ DUHRING

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δερματοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας με πολύμορφη κλινική εικόνα από ερυθήματα, πλάκες ερυθηματολεπιδώδεις, φυσαλίδες και πομφόλυγες στόν κορμό, τα άνω και τα κάτω άκρα, με χαρακτηριστικό έντονο κνησμό. Υποτροπιάζουσα, μη μεταδοτική, δυσίατος και με επιφυλακτική πρόγνωση λόγω μεταπτώσεως ενίοτε σε πέμφιγα. Δεν είναι μεταδοτική, συγγενής ή κληρονομική. Παρατηρείται ενίοτε και επηρεασμός της γενικής καταστάσεως. Απαιτούνται συχνός νοσοκομειακός έλεγχος και παρατεταμένες θεραπείες για να ελέγχεται η νόσος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δερματικές εκδηλώσεις με τις ανάλογες υποτροπές, με αξιόλογη έκταση και ένταση του εξανθήματος, χωρίς γενικά συμπτώματα

και ευρήματα και με αρνητικό τον εργαστηριακό έλεγχο για τυχόν μετάπτωση σε πέμφιγα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Συχνές υποτροπές και δύσκολη η πλήρης ύφεση. Το ίδιο επιβαρυντική για όλα τα επαγγέλματα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..20-35% [3 μήνες-1 χρόνο]

2ο Επίπεδο

Η ανωτέρω κατάσταση με μεγαλύτερη έκταση των εξανθημάτων, με βασανιστικό κνησμό σχεδόν-συνεχή, με επηρεασμό και της γενικής καταστάσεως ή με θετικά εργαστηριακά ευρήματα πέμφιγας. Επίσης με εντονότερες και μακρότερες θεραπείες χωρίς θεαματικά αποτελέσματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οχι καλή έως κακή (αν υπάρχει μετάπτωση σε πέμφιγα). Συνήθης ή βαθμιαία επιδείνωση. Συνεχείς συντηρητικές θεραπείες. Τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος της νόσου, αλλά και του γενικού οργανισμού με ευρήματα ενίοτε και από τα υπόλοιπα συστήματα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..50-67% [1-2 χρόνια]

2.30. ΚΑΘΟΛΙΚΗ (ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ) ΓΥΡΟΕΙΔΗΣ ΑΛΩΠΕΚΙΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πάθηση χαρακτηριζόμενη από πλήρη απόπτωση των τριχών από όλα τα τριχωτά μέρη του σώματος. Οι λοιποί χαρακτήρες του δέρματος στα αποψιλωθέντα μέρη παραμένουν φυσιολογικοί. Αιτιολογία άγνωστος με πιθανές θεωρίες τον επιβαρημένο ψυχικό παράγοντα, διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ιδιαίτερα του συμπαθητικού με αγγειόσπασμο στους θυλάκους των τριχών, ορμονικές διαταραχές, αυτοανοσολογικές διαταραχές, ενίοτε και λόγω λοιπών οργανικών διαταραχών, γι' αυτό και απαιτείται ένας γενικός νοσοκομειακός έλεγχος προς αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων. Πάθηση της νεαράς έως μέσης ηλικίας και των δύο φύλων. Θεραπεία δυσκολότατη με αμφίβολα αποτελέσματα για αξιόλογη απάντηση και ενίοτε η πάθηση παραμένει οριστικά μη αναστρέψιμη.

Προεξάρχει στην πάθηση αυτή το αισθητικό πρόβλημα των πασχόντων για τις ακάλυπτες περιοχές του σώματος, το οποίο σε ικανοποιητικό βαθμό διορθώνεται με τεχνητά μέσα (περούκες, ειδικό μακιγιάζ οφρύων κ.λπ.) και δεν τίθεται θέμα ασφαλιστικής αναπηρίας. Σε μερικές περιπτώσεις συνδυαζόμενο το πρόβλημα με την ηλικία, το επάγγελμα, το φύλο και τις πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις και αν οι παράγοντες αυτοί είναι λίαν επιβαρυντικοί, τότε μόνο συζητείται Π.Α. ανάλογο κατά περίπτωση και κυμαινόμενο από 35 έως 50%.

Στις περιπτώστεις που συνυπάρχει έντονη ψυχική διαταραχή ως αιτιολογία ή ως αποτέλεσμα της παθήσεως το Π.Α. αποφασίζεται από κοινού μετά συμβούλου Ψυχιάτρου. Επίσης αν η πάθηση συνοδεύεται από λοιπές οργανικές διαταραχές μετά του ανάλογου ειδικού συμβούλου.

2.31. ΝΕΥΡΟΪΝΩΜΑΤΩΣΗ ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ RECKLINGHAUSEN

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος οικογενής και συχνά κληρονομική άγνωστης αιτιολογίας. Εκδηλώνεται αμέσως μετά τη γέννηση ή κατά την παιδική ηλικία, σπανιότερα στην εφηβική ή σπανιότατα στην ώριμη ηλικία (προϋπάρχουσα κατάσταση με την ασφαλιστική έννοια).

Κλινικώς χαρακτηρίζεται από πολυάριθμα διάσπαρτα οζίδια και μαλθακά ογκίδια χροιάς δέρματος εξαπλούμενα σε όλη τη δερματική επιφάνεια, καθώς και καφεοειδείς ή υπομέλαινες κηλίδες διαφόρου σχήματος και μεγέθους.

Συχνά συνοδεύεται ή συν το χρόνω δύναται να δημιουργηθούν νευρολογικές βλάβες (ριζιτιδικά ευρήματα, σπασμοί, επηρεασμός οπτικού ή ακουστικού νεύρου) ή ψυχικές διαταραχές (διανοητική καθυστέρηση, απάθεια, μελαγχολία).

Σπανιότερα παρατηρούνται και διαταραχές ή βλάβες εσωτερικών οργάνων και οστών, λόγω αναπτύξεως όγκων σε αυτά.

Δεν υπάρχει θεραπεία της νόσου, αλλά ανάλογες αγωγές στις τυχούσες επιπλοκές από τα υπόλοιπα εκτός δέρματος συστήματα ή όργανα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δερματική χαρακτηριστική εικόνα (αναλόγως της εντάσεως και

του αριθμού των βλαβών), χωρίς νευρολογικά, ψυχικά ή σπλαγχνικά ευρήματα αξιόλογου βαθμού από τον γενόμενο έλεγχο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση ελεγχόμενη, μη απαιτούσα θεραπεία αλλά επανέλεγχο κατά διαστήματα για τις πιθανές, αναφερόμενες στον πρόλογο, διαταραχές. Το επάγγελμα δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%
στην προϋπάρχουσα χωρίς επιδείνωση

2ο Επίπεδο

Δερματική χαρακτηριστική εικόνα μεγάλης εκτάσεως με συνυπάρχοντα από την έναρξη της παθήσεως ή πολύ σύντομα (καί αυτά προϋπάρχουσα κατάσταση), ευρήματα και διαταραχές αξιολόγου βαθμού και από άλλα συστήματα και όργανα, χωρίς περαιτέρω επιδείνωση μέχρις ημερομηνίας κρίσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση που απαιτεί τακτικό έλεγχο για τις υπάρχουσες επιπλοκές και αν υπάρχει βαθμιαία επιδείνωση. Κρίση ανάλογα με τα λοιπά εκτός δέρματος ευρήματα (νευρο-ψυχικά συνήθως) και το επίπεδο της εργασίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 25-50%
στην προϋπάρχουσα χωρίς επιδείνωση

3ο Επίπεδο

Δερματική χαρακτηριστική εικόνα με ευρήματα και διαταραχές από άλλα συστήματα και όργανα, τα οποία, έστω και αν προϋπήρχαν με την έναρξη της παθήσεως, έχουν επιδεινωθεί σε αξιόλογο έως σημαντικό βαθμό μέχρι την ημερομηνία της κρίσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση με βραδεία βαθμιαία επιδείνωση που απαιτεί συχνό νοσοκομειακό έλεγχο και θεραπείες των επιπλοκών.
Η πρόγνωση σε αυτό το επίπεδο είναι επιφυλακτική.
Το επίπεδο και το είδος της εργασίας παίζουν ρόλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50-67% στην παρούσα κατάσταση
.... λόγω επιδεινώσεως 1-2 χρόνια

2.32. ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΗ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνονται σε πομφολυγώδη και των βλεννογόνων. Δερματοπάθεια με πομφολυγώδες εξάνθημα, διάσπαρτο στον κορμό και τα άκρα στον 1ο τύπο και σε βλεννογονικά στόμια στον 2ο τύπο.

Εχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα και ειδικά ιστολογικά ευρήματα.

Καλοήθης πάθηση με καλή απάντηση στις ειδικές θεραπείες, αλλά υποτροπιάζουσα. Δεν είναι μεταδοτική, συγγενής ή κληρονομική.

Η γενική κατάσταση συνήθως δεν επηρεάζεται και επιπλοκές από τη νόσο είναι σπάνιες. Νοσοκομειακός έλεγχος πάντως απαιτείται στις εκάστοτε υποτροπές και ρύθμιση ειδικής θεραπείας.

Λόγω των ανωτέρω δεν τίθεται θέμα αναπηρίας, κατά την ασφαλιστική έννοια, στην πάθηση αυτή, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις με λίαν εκτεταμένο εξάνθημα, οι οποίες απαιτούν λεπτομερέστερο νοσοκομειακό έλεγχο ή και νοσηλεία και εντονότερες και μακρότερες θεραπείες για ικανοποιητική ύφεση και δύνανται να λάβουν ποσοστό αναπηρίας 35-50% για 3-6 μήνες.

2.33. ΣΚΛΗΡΟΙΔΗΜΑ ΤΟΥ BUSCHKE (ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΗΣ ΜΟΡΦΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑΣ)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομοιόμορφη σκλήρυνση δέρματος και υποδέρματος αρχόμενη συνήθως από τον τράχηλο και καταλαμβάνουσα βαθμηδόν τον κορμό και τα άνω άκρα.

Οι λοιποί χαρακτήρες του δέρματος παραμένουν φυσιολογικοί (χροιά, ιστολογικά στοιχεία επιδερμίδας).

Πάθηση κολλαγονωσικής αιτιολογίας, εξελικτική, επιφέρουσα βαθμηδόν σημαντική δερματική δυσκαμψία στις περιοχές που εντοπίζεται καθώς και βαθμό μυϊκής σκληρότητας και συνεπεία αυτών και αναπνευστική δυσχέρεια. Ενίοτε υποχωρεί, συνήθως υποτροπιάζει και σπανιώτατα εξελίσσεται σε βαρύτατη

δυσκαμψία με κακή πρόγνωση, λόγω της εντόπισης στον τράχηλο και το θώρακα και της έμμεσης επιπτώσεως στις αναπνευστικές κινήσεις και στη λειτουργία της αναπνοής.

Επιφυλακτικής προγνώσεως πάθηση και χωρίς ειδική θεραπεία.

Η ασφαλιστική κρίση και το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται αναλόγως της εκτάσεως και της δερματικής δυσκαμψίας που προκαλεί, της υπάρξεως ή όχι μυϊκής συμμετοχής και της έμμεσης δυσμενούς επιδράσεως επί της αναπνευστικής λειτουργίας (αν υπάρχει), καθώς και από το επάγγελμα και την ηλικία του πάσχοντος (τα εργώδη επαγγέλματα και οι μεγάλες ηλικίες επιβαρύνονται περισσότερο) και κυμαίνεται από 20% έως 50% για 6 μήνες - 2 χρόνια.

3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.1. ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΑ, ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

3.1.1. Ανοιες

Ανοια είναι κλινικός όρος που περιγράφει την έκπτωση πολλαπλών εγκεφαλικών λειτουργιών. Συνήθως έχουν χαρακτήρα προοδευτικής επιβαρύνσεως.

Συνήθη αίτια άνοιας είναι η γεροντική άνοια, οι προγεροντικές άνοιες (Alzheimer και Pick), πολλαπλά εγκεφαλικά έμφρακτα, επικοινωνών υδροκέφαλος, αλκοολική - μετατραυματικές και διάφορες πιο σπάνιες καταστάσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ......50-80% και άνω [1-2 χρόνια κάθε φορά]

3.1.2. Τοξικές ψυχώσεις

Συνήθως προκαλούνται από παρατεταμένη χρήση ψυχοδελικών φαρμάκων ή συνήθων φαρμάκων. Είναι παροδικού χαρακτήρα. Δικαιολογούν Π.Α. εφόσον βρίσκονται σε ενέργεια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-67% για σύντομο διάστημα (έως 6 μήνες)

Αλκοολική ψύχωση

Παρουσιάζεται στο 8% έως 10% των αλκοολικών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80% [1-2 χρόνια]

3.1.3. Ψυχώσεις με οργανικό υπόστρωμα

- ***Επιληπτική ψύχωση*** (βλ. επιληψία)

- ***Μετατραυματική ψύχωση***

Σπάνια κατάσταση μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80% εφόσον διαρκεί

- ***Λοχειακή ψύχωση***

Οι ψυχωσικές διαταραχές που εμφανίζονται για πρώτη φορά κατά τη λοχεία στα πλαίσια των επιλοχειακών διαταραχών μπορούν να δημιουργούν παρατεταμένη ανικανότητα για εργασία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-67% εφόσον διαρκούν

- Επιπωματική ψύχωση
Είναι η ανάπτυξη ψυχώσεως σε νοητικά καθυστερημένα άτομα. Αποτελεί ουσιώδη επιβάρυνση της υπάρχουσας αναπηρίας από τη νοητική καθυστέρηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67-80% και άνω

3.1.4. Νοητική καθυστέρηση

Είναι η ατελής νοητική ανάπτυξη μέχρι το 15ο με 16ο έτος της ηλικίας.

Υπάρχουν διάφορα κριτήρια διαβαθμίσεως με βάση τη σχολική εκπαίδευση και την ικανότητα για εργασία:

- οριακή νοητική καθυστέρηση
Με περιορισμένες γραμματικές γνώσεις, προσαρμόζεται ικανοποιητικά σε μη πνευματικές εργασίες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-15%

- ήπια νοητική καθυστέρηση
Με γραμματικές γνώσεις έως τριών τάξεων του Δημοτικού Σχολείου προσαρμόζεται σε βοηθητικές εργασίες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-35%

- μέτρια νοητική καθυστέρηση
Δίχως γραμματικές γνώσεις, ασχολείται μέσα στο σπίτι.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50-67%

- βαριά νοητική καθυστέρηση
Βρίσκεται στα όρια εξυπηρετήσεως των προσωπικών του αναγκών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67-80% και άνω

3.2. ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ

Αποτελούν μεγάλες ψυχικές διαταραχές, με σοβαρές αλλοιώσεις της προσωπικότητας. Γι' αυτό ακριβώς δεν διατηρείται η επίγνωση του νοσηρού του χαρακτήρα, παρά μόνο σε περιπτώσεις υφέσεως και αποτελεσματικής θεραπείας.

Τα πάσχοντα από ψυχώσεις άτομα χάνουν την έννοια της πραγματικότητας και συνεπώς την ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον, σε αντίθεση με τα πάσχοντα από νευρώσεις.

3.2.1. Σχιζοφρένεια

Απλή σχιζοφρένεια

Εικόνα-Συμπτώματα

Βαρειά μορφή ψύχωσης.
Ο ασθενής δεν αναγνωρίζει τη νόσο του. Παραπονείται μόνο για ακαθόριστα υποχονδριακά ενοχλήματα. Δεν παρουσιάζει παραλήρημα, ψευδαισθήσεις ή κατατονικές εκδηλώσεις. Η νόσος αρχίζει νωρίς, γύρω στα 15 - 16 χρόνια της ηλικίας ή και νωρίτερα. Εχει βραδεία επί τα χείρω σταθερά πορεία. Κύρια χαρακτηριστικά: η προοδευτική έκπτωση του συναισθήματος και η άρση των ηθικών αναστολών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πολύ κακή. Είναι δυνατόν να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.
Χρήσιμο το ιστορικό από ψυχιατρική κλινική για ασφαλείς διαγνώσεις για το Ασφαλιστικό Ταμείο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 χρόνια και άνω]

Ηβηφρενική μορφή σχιζοφρένειας

Εικόνα- Συμπτώματα

Αρχίζει γύρω στην εφηβεία με κύρια συμπτώματα τις διαταραχές της δομής και ροής της σκέψεως - διαταραχές του συναισθήματος - συναισθηματική έκπτωση συν διαταραχές της συμπεριφοράς κύρια βωμολοχεία και πράττει σεξουαλικές επιθέσεις προφανώς λόγω πλήρους άρσεως των ηθικών αναστολών. Οι παρα-

ληρηματικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις κινούνται σαν δορυφόροι άνευ σημασίας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πολύ κακή.
Δυνατόν να οδηγήσει στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Απαραίτητο πιστοποιητικό από ψυχιατρική κλινική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 χρόνια και άνω]

Κατατονική μορφή σχιζοφρένειας

Εικόνα - Συμπτώματα

Η έναρξη της νόσου δύναται να είναι και μετά το 30ό έτος της ηλικίας του ασθενούς. Χαρακτηριστικά είναι η εμβροντησία και η κατατονική διέγερση συν ψευδαισθητικά βιώματα. Τελικά συμπτώματα, αυτά της κλασικής ψυχώσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.
Απαραίτητα στοιχεία από ψυχιατρική κλινική και ψυχίατρο

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 χρόνια και άνω]

Σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου

Εικόνα - Συμπτώματα

Κύρια συμπτώματα: οι ιδέες διώξεως-μεγαλείου και οι ψευδαισθήσεις. Εναρξη συνήθως μετά το 30ό έτος της ηλικίας. Πιθανώς αυτό να είναι και ο λόγος που οι παρανοϊκοί σχιζοφρενείς δεν υφίστανται την αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς τους.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.
Πιστοποιητικό από εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικής κλινικής με το ιστορικό της ασθένειας και της πορείας αυτής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 χρόνια και άνω]

Οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο

Εικόνα - Συμπτώματα

Οξεία εγκατάσταση με μεγάλη ένταση και ποικιλομορφία συμπτωμάτων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εφόσον δεν έχει συνέχεια, δεν φθάνει στις Υγειονομικές Επιτροπές (ΥΕ). Εάν φθάσει μηδενίζεται.

Λανθάνουσα σχιζοφρένεια

Εικόνα - Συμπτώματα

Εδώ υπάγονται άρρωστοι με συμπτώματα σχιζοφρένειας χωρίς ψυχωσικό σχιζοφρενικό επεισόδιο στο ιστορικό τους.
Περιλαμβάνονται σ' αυτές ο ψευδονευρωσικός τύπος, ψευδοπαθητικός τύπος, μεταιχμιακή σχιζοφρένεια. Εδώ υπάγεται επίσης και η σχιζοφρενική αντίδραση του χρόνιου αδιαφοροποίητου τύπου.

Ψευδονευρωσική σχιζοφρένεια

Εικόνα - Συμπτώματα

Ο ασθενής παρουσιάζει ψυχωσικά και νευρωσικά συμπτώματα. Κύρια συμπτώματα: Παντονεύρωση - καθολικό άγχος - χαοτική σεξουαλική ζωή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Συνήθως κακή. Θα πρέπει ο ασφαλισμένος να προσκομίζει ιατρικό πιστοποιητικό με το ιστορικό της ασθένειάς του.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 χρόνια και άνω]

Ψευδοψυχοπαθητική σχιζοφρένεια

Εικόνα - Συμπτώματα

Χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη συμπεριφορά, παρόμοιες με εκείνες των ψυχανωμάλων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή. Η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιώνεται με ιατρικό πιστοποιητικό ασφαλισμένου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 χρόνια και άνω]

Υπολειμματική σχιζοφρένεια

Εικόνα - Συμπτώματα

Είναι πολύ ενδιαφέρουσα από ασφαλιστικής πλευράς. Είναι οι άρρωστοι οι οποίοι αφού πέρασαν στο παρελθόν ψυχωσικά επει-

σόδια μετά από χρόνια φαρμακευτικής αγωγής δεν είναι πλέον "ψυχωσικοί". Οι "ουλές" όμως της νόσου είναι εγγραμμένες στην προσωπικότητα αυτών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Αμετάβλητη.
Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται ιατρικό πιστοποιητικό με το ιστορικό του ασθενή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-80% [1-2 χρόνια]

Σχιζοσυναισθηματική ψύχωση

Εικόνα - Συμπτώματα

Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μείγματος συμπτωμάτων σχιζοφρενικού τύπου και εκσεσημασμένη ευφορία ή κατάθλιψη. Συχνότητα 5 - 10% στο σχιζοφρενικό πληθυσμό.
Αρχίζει ή με ευφορία ή κυρίως με κατάθλιψη, μη διαχεόμενα στο περιβάλλον. Η φασική πορεία της νόσου, τη φέρνει κοντά στη μανιοκατάθλιψη, το στοιχείο δε που τη φέρνει κοντά στη σχιζοφρένεια, είναι η ένταση και έκταση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Αυτά είναι τα αποπροσωποποιητικά βιώματα, έντονες διαταραχές της προσοχής και αγχοφόρες καταναγκαστικές σκέψεις. Εάν δεν αλλάξει στην πορεία προς τη σχιζοφρένεια παραμένει άθικτη η προσωπικότητα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-80% [1-2 χρόνια]

Παιδική σχιζοφρένεια

Εικόνα - Συμπτώματα

Είναι η σχιζοφρένεια κατά την οποία τα σχιζοφρενικά συμπτώματα αρχίζουν πριν από την εφηβεία. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων αρχίζει με απόσυρση και αυτιστική συμπεριφορά, με αποτυχία αναπτύξεως ανεξάρτητης προσωπικότητας από τη μάνα, με γενική ανισομέρεια και σημαντική ανωριμότητα. Οι παραπάνω αυτές βλάβες μπορούν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................80% [2 χρόνια και άνω]

Χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια

Εικόνα - Συμπτώματα

Πρόκειται για την ομάδα εκείνη στην οποία οι ασθενείς παρουσιάζουν μικτά σχιζοφρενικά συμπτώματα και που έχουν οπωσδήποτε διαταραχές της σκέψεως, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς και που δεν έχουν περιληφθεί στους άλλους τύπους της σχιζοφρένειας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67-80% [1-2 χρόνια]

3.2.2. Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (ΜΚΨ)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η βασική διαταραχή της νόσου αφορά το συναίσθημα (συναισθηματική ψύχωση) εμφανίζεται περιοδικά κατά φάσεις με μεσοδιαστήματα ηρεμίας (νορμοθυμίας). Διακρίνουμε φάσεις μανίας και φάσεις καταθλίψεως (μελαγχολίας), οι οποίες διαδέχονται η μια την άλλη σε διάφορους συνδυασμούς (διπολική ψύχωση). Οταν στερεότυπα επαναλαμβάνεται η ίδια φάση έχουμε τις καλούμενες μονοπολικές ψυχώσεις και ανάλογα μπορεί να έχουμε "διαλείπουσα μανία" ή συνηθέστερα "διαλείπουσα κατάθλιψη" (ενδογενής κατάθλιψη).

Η συχνότητα της νόσου είναι περίπου 5% συχνότερη στις γυναίκες 30-35 ετών, σε άτομα με κυκλοθυμική προσωπικότητα και πυκνικό σωματότυπο.

Β. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

1. Μανία: Εμφάνιση επιδεικτική έως γελοία, έκφραση ζωηρή, συμπεριφορά υπερβολικά οικεία, με συναίσθημα σε έξαρση (ευθυμία, φλυαρία), με ιδέες υπερτιμήσεως του εγώ έως και παραλήρημα μεγαλείου, ιδεόρροια. Υπερκινητικός, με αύξηση της ορέξεως και της σεξουαλικής επιθυμίας, μείωση των ηθικών αναστολών κ.ά. Η κλινική της βαρύτητα μπορεί να διακυμανθεί από "υπομανία" έως και βαρύτατη "παραληρηματική μανία - νόσος του Bell".

2. Μελαγχολία (ενδογενής): Εμφάνιση με καταθλιπτικό προσωπείο, μείωση κινητικότητας, χαμηλή φωνή. Συναίσθημα

καταθλιπτικό (αδιάφορος, ευσυγκίνητος, αναποφάσιστος, αναβλητικός, "τα βλέπει όλα μαύρα"), είναι χειρότερα τις πρωινές ώρες, κλαίει. Η σκέψη χαρακτηρίζεται από λιμνασμό ιδεών, πτωχεία, παρερμηνείες καταθλιπτικού περιεχομένου έως και παραλήρημα. Επίσης παρουσιάζει ανορεξία, αϋπνία αφυπνίσεως, μείωση της libido, σαφή μείωση της βουλήσεως με εξαίρεση την ικανότητα για αυτοκτονία, σωματικά ενοχλήματα υποχονδριακού τύπου.

Αλλες κλινικές μορφές της μελαγχολίας είναι η "αγχώδης μελαγχολία", η "μελαγχολική εμβροντησία - stupor", "τα μελαγχολικά ισοδύναμα".

Γ. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οσο προχωράει η ηλικία οι φάσεις έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και συχνότητα. Ο ασθενής όμως δεν εκπίπτει. Η πρόγνωση επιβαρύνεται από τη συνύπαρξη εγκεφαλικής αγγειοπάθειας.

Η θεραπεία της μανίας περιλαμβάνει μείζονα νευροληπτικά φάρμακα, ECT, άλατα λιθίου.

Δ. ΒΑΣΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η ασφαλιστική εκτίμηση της νόσου είναι δύσκολη λόγω του μεγάλου εύρους των κλινικών εκδηλώσεων οι οποίες δεν έχουν κάθε φορά την ίδια βαρύτητα και ακόμη δυσκολότερη λόγω του φασικού και διπολικού, συχνά, χαρακτήρα της νόσου.

Μερικά από τα κριτήρια που πρέπει να εκτιμώνται στη ΜΚΨ είναι:

- Η συχνότητα, η βαρύτητα, η διάρκεια των φάσεων και η διάρκεια της νορμοθυμίας.
- Η ανταπόκριση στη φαρμακευτική κ.λπ. αγωγή κατά τις υποτροπές - φάσεις της νόσου.
- Η ανταπόκριση στην πρόληψη των φάσεων με άλατα λιθίου ή καρβαμαζεπίνη.
- Ο κλινικός τύπος της νόσου.
- Η δυνατότητα κοινωνικής και εργασιακής προσαρμογής.
- Η ικανότητα διαβιώσεως σε οικογενειακό περιβάλλον ή η ανάγκη κλινικής αντιμετωπίσεως και επιτηρήσεως του αρρώστου.

Ε. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μεσοδιαστήματα νορμοθυμίας με μεγάλη διάρκεια. Περίοδοι υπομανίας με θετική φαρμακευτική ανταπόκριση. Κατάθλιψη σε πλήρη ύφεση υπό σχετικά ελαφρά ή καθόλου φαρμακευτική αγωγή. Καταθλιπτικά ισοδύναμα υπό αντικαταθλιπτική αγωγή σε ύφεση. Θετική ανταπόκριση στο λίθιο με απουσία υποτροπής - φάσης πέραν των τριών ετών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........35-50% [1-2 χρόνια κάθε φορά]

2ο Επίπεδο

Μανία μέσης βαρύτητας με θετική ανταπόκριση στη φαρμακευτική κ.λπ. εξωνοσοκομειακή αγωγή. Κατάθλιψη μέσης βαρύτητας με θετική ανταπόκριση στη φαρμακευτική κ.λπ. εξωνοσοκομειακή αγωγή. Διπολική ψύχωση με συχνές σχετικά φάσεις (1/2-3 χρόνια) σχετικά μεγάλη διάρκεια των φάσεων (>6 μηνών).
Η μέτρια ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή. Η μέτρια ανταπόκριση στην προληπτική των φάσεων αγωγή (λίθιο).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........35-50% [1÷2 χρόνια κάθε φορά]

3ο Επίπεδο

Συχνές φάσεις μανίας με βαριά κλινική εικόνα.
Μανία με μη ικανοποιητική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και ανάγκη νοσοκομειακής αντιμετωπίσεως.
Κατάθλιψη με έντονο βραδυψυχισμό, παραληρηματικές ιδέες, τάση ή απόπειρες αυτοκτονίας, μη ανταποκρινόμενη στην αγωγή και συχνές νοσηλείες σε ψυχιατρική κλινική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67-80% [1-2 χρόνια κάθε φορά]

4ο Επίπεδο

Σπάνια και υπό νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Παραληρηματική μανία (νόσος του Bell). Καταθλιπτική εμβροντησία (stupor).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........80% [3 χρόνια]

3.2.3. Υποστροφικές ψυχώσεις

Πρόκειται για τα νοσήματα που εμφανίζονται κατά την κλιμακτήριο.

Ι. Υποστροφική μελαγχολία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες (3:1) με ηλικία ενάρξεως 45-55 και 50-60 στους άνδρες. Συχνά εκλύεται μετά σωματική ή ψυχική καταπόνηση. Εμφανίζεται συνηθέστερα σε άτομα

με συναισθηματική ανωριμότητα, ισχυρογνωμοσύνη, ιδεοψυχαναγκαστική διάθεση.

Β. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η έναρξη και πορεία της νόσου είναι βραδεία. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα η κατάθλιψη με έντονο άγχος χωρίς βραδυψυχισμό. Επίσης πληθώρα υποχονδριακών ιδεών και σπανιότερα παραληρητικών και επιθυμία θανάτου με φυγόκεντρες τάσεις.

Γ. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόγνωση είναι κατά κανόνα πολύ καλή, με την προϋπόθεση ότι έγκαιρα θα καλυφθεί θεραπευτικά. Ειδάλλως αποτελεί τη συχνότερη αιτία αυτοκτονιών αυτών των ηλικιών. Ο ασθενής δεν εκπίπτει.

Θεραπεία εκλογής το ECT, αλλά και τα αντικαταθλιπτικά συνδυασμένα με νευροληπτικά κ.λπ.

Δ. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Σε έγκαιρη διάγνωση και άμεση αγωγή με ECT ή φάρμακα.
Νοσεί χωρίς την εμφάνιση ιδεών αυτοκαταστροφής ή παραληρήματος υπό θετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........50-67% [1-2 χρόνια]
και διακοπή δεδομένου ότι ιάται.

2ο Επίπεδο

Με ιδέες ή απόπειρα αυτοκτονίας.
Σχετική αντοχή στα ECT και φάρμακα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67-80% [1-2 χρόνια]
με πιθανή παράταση για 1-2 ακόμη χρόνια.

ΙΙ. Υποστροφική παρανοϊκή ψύχωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συχνότερη στις γυναίκες με "παρανοειδή" προνοσηρά προσωπικότητα. Παρουσιάζει ζηλοτυπίες, ιδέες συσχετίσεως, παραλήρημα καλά οργανωμένο (ερωτομανιακού και διωκτικού τύπου).

Β. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρόγνωση δυσμενέστερη της υποστροφικής μελαγχολίας. Θεραπεία εκλογής το ECT με λιγότερο καλά αποτελέσματα· επίσης νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά κ.λπ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........50-80% [2-3 χρόνια]

ΙΙΙ. Υποστροφική μικτή ψύχωση

Α. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρουσιάζει ανάμικτα συμπτώματα των δύο προηγούμενων.
Η πρόγνωση είναι δυσμενέστερη.
Η θεραπεία λιγότερο αποτελεσματική (ανωτέρω).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67-80% [2-3 χρόνια]

3.2.4. Παρανοειδείς καταστάσεις

Περιλαμβάνουν ψυχώσεις οξείες ή χρόνιες που δεν ταξινομούνται στη σχιζοφρένεια ή τις συναισθηματικές ψυχώσεις και στις οποίες οι παραληρηματικές ιδέες είναι το κύριο σύμπτωμα. Σ' αυτές υπάγονται η παράνοια, η παραφρένεια, η επακτή ψύχωση κ.ά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Ανάλογα της βαρύτητας των συμπτωμάτων....50-80% [2-3 χρόνια]

3.2.5. Αντιδραστικές ψυχώσεις

Περιλαμβάνουν ψυχωσικές καταστάσεις που κύρια πρέπει να αποδοθούν σε πρόσφατη εμπειρία της ζωής.

Σ' αυτές υπάγονται η αντιδραστική καταθλιπτική ή διεγερτική ψύχωση, η αντιδραστική σύγχυση, η οξεία παρανοειδής αντίδραση, κ.ά.

Είναι στις περισσότερες περιπτώσεις καλής προγνώσεως, θεραπεύσιμες από το θεράποντα ιατρό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........35-67% [1 χρόνο]

3.3. ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΗ ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

3.3.1. Νευρώσεις

Αποτελούν ελαφρές ή μέτριες, οξείες ή χρόνιες, λιγότερο ή περισσότερο επώδυνες διαταραχές της προσωπικότητας, την οποία δεν αλλοιώνουν και γι' αυτό διατηρείται η επίγνωση του νοσηρού τους χαρακτήρα.

Ανάλογα με το προεξάρχον σύμπτωμα γίνεται και η ταξινόμησή τους. Η βαρύτητά τους δεν εξαρτάται από την πληθώρα των κλινικών χαρακτηριστικών αλλά από τη χρονιότητα, τη θεραπευτική αναποτελεσματικότητα και από το αν υπεισέρχεται περισσότερο ο ενδογενής παράγοντας.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1ον Ενδογενείς παράγοντες (γενετικοί)
2ον Εξωγενείς παράγοντες (εξωτερικά ερεθίσματα)

Κλινική εικόνα: Εχουν μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων τόσο ψυχικών όσο και σωματικών.

Πρόγνωση: Είναι καλοήθεις καταστάσεις και τα άτομα δεν χάνουν την εργασιακή τους ικανότητα πλην σπανίων εξαιρέσεων.

Η εργασία σ' αυτά τα περιστατικά είναι απαραίτητη και η θεραπευτική της σημασία μεγάλη.

Αγχώδης νεύρωση

Κλινική εικόνα

Προεξάρχον σύμπτωμα και πρωτεύον το άγχος με ποικιλία συμπτωμάτων ψυχικών και σωματικών και δευτερεύον και επουσιώδες ελαφρά κατάθλιψη.

1ο Επίπεδο

Αγχώδης νεύρωση εξ αντιδράσεως

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0-10%

2ο Επίπεδο

Αγχώδης νεύρωση άνευ εμφανούς αιτίου με τάση χρονιότητας παρά την εξάντληση των θεραπευτικών προσπαθειών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................15-20% [6 μήνες]

Υστερική νεύρωση

Κλινική εικόνα

Δύναται να εκδηλωθεί με απειρία μορφών υποδυομένη κάθε νόσο με χονδροειδή τρόπο.
Συνήθη συμπτώματα: υστερικές κρίσεις, "παραλύσεις" και συμπτώματα σωματικής μετατροπής.

1ο Επίπεδο

Μεγάλες υστερικές κρίσεις ή οξέως εγκαθιστάμενα φαινόμενα σωματικής μετατροπής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0-15%

2ο Επίπεδο

Χρόνιες υστερικές καταστάσεις με συμπτώματα σωματικής μετατροπής από μακρού εγκατεστημένα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Μέτρια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................10-50%
σπανιότατες περιπτώσεις 6 μήνες-2 χρόνια

Φοβική νεύρωση

Κλινική εικόνα

Συστηματοποιημένο άγχος για πρόσωπα, ζώα, αντικείμενα, καταστάσεις. Οι φοβίες είναι αμέτρητες. Οι πιο συχνές: αγοραφοβία, νοσοφοβία, μικροβιοφοβία, κλειστοφοβία, υψοφοβία κ.λπ.

1ο Επίπεδο

Φοβικός χαρακτήρας. Είδος λανθάνουσας φοβικής νευρώσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Εντονα φοβικά φαινόμενα εξικνούμενα μέχρι κρίσεων πανικού.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σχετικώς καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 10-35% [1 χρόνο]

Νευρωσική κατάθλιψη ή καταθλιπτική αντίδραση

Κλινική εικόνα

Προεξάρχον σύμπτωμα η καταθλιπτική διάθεση η οποία δεν έχει το βάθος της ψυχωσικής κατάθλιψης, την επιβράδυνση των ψυχικών λειτουργιών και πολλά άλλα χαρακτηριστικά αυτής είναι πάντοτε αντιδραστικής αιτιολογίας:

1ο Επίπεδο

Καταθλιπτική αντίδραση βραχείας διάρκειας που αμβλύνεται με την πάροδο του χρόνου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 10-20% [3 μήνες]

2ο Επίπεδο

Καταθλιπτική αντίδραση μακρότερης διάρκειας παρατηρούμενη, αν και σπανίως, σε άτομα κάπως προχωρημένης ηλικίας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σχετικώς καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 20-35% [3 ή 6 μήνες έως 1 χρόνο]

Ιδεοληπτική, ψυχαναγκαστική νεύρωση

Κλινική εικόνα

Προεξάρχον σύμπτωμα η ύπαρξη μιας ιδέας, συνοδευόμενης ή όχι από υποχρεωτικές πράξεις, έστω και τελείως ανόητου περιεχομένου, η οποία κατά αναγκαστικό τρόπο επιχειρεί και εν τέλει το επιτυγχάνει να κυριαρχήσει στο επίπεδο της συνειδήσεως, παρά την αναγνώριση του παράλογου αυτής. Το διανοητικό πηλίκο του πάσχοντος είναι συνήθως άνω του μέσου όρου.

1ο Επίπεδο

Ιδεοληπτικές - ψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις που επηρεάζουν τη φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου, με μεσοδιαστήματα ύφεσης και σπάνια απαιτούν σοβαρή ψυχιατρική θεραπεία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σχετικώς καλή. Συνήθως τα περιστατικά αυτά θα πρέπει να παραπέμπονται και να αντιμετωπίζονται από τον τομέα της περίθαλψης.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-50%

2ο Επίπεδο

Βαριές και μακροχρόνιες καταστάσεις που εμποδίζουν τη φυσιολογική δραστηριότητα του ατόμου συνήθως χωρίς μεσοδιαστήματα υφέσεως, που απαιτούν ισχυρή ψυχιατρική αντιμετώπιση αλλά συνήθως αναποτελεσματική.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67-80%

Υποχονδριακή νεύρωση

Κλινική εικόνα

Η υπερβολική συνεχής και αγχώδης ενασχόληση με την υγεία, η μεγέθυνση των φυσιολογικών κοιναισθητικών αισθημάτων, η παρερμηνεία αυτών και φόβος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οταν οι υποχονδριακές ιδέες εκφράζουν περισσότερο ένα φόβο παρά μία πεποίθηση. Πρόγνωση καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οταν οι υποχονδριακές ιδέες γίνονται πραγματική πεποίθηση (παραληρητική μορφή). Πρόγνωση σχετικά καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-35%

3.3.2. Διαταραχές της προσωπικότητας

Βαθειά ριζωμένα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία γενικά αναγνωρίζονται από την εφηβική ηλικία ή νω-

ρίτερα και συνεχίζονται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ενήλικης ζωής.

Σε ένα μεγάλο ποσοστό οι διαταραχές της συμπεριφοράς αποτελούν πρώιμο σύμπτωμα ή το υπόβαθρο πάνω στο οποίο θα οικοδομηθεί μια νεύρωση ή και ψύχωση (προνοσηρή προσωπικότητα). Σαν τέτοιες διακρίνουμε: παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας, κυκλοθυμική προσωπικότητα, σχιζοειδή, αναγκαστική, οιστριονική, κοινωνικοπαθητική ή ψυχοπαθητική προσωπικότητα κ.ά.

Θα σταθούμε λίγο στην τελευταία, η οποία χαρακτηρίζεται από περιφρόνηση των κοινωνικών υποχρεώσεων, συναισθηματική ψυχρότητα, ανευθυνότητα και ανώμαλα εκδηλούμενη επιθετικότητα.

Γενικά τα άτομα με αμιγείς διαταραχές συμπεριφοράς μπορούν και πρέπει να εργάζονται.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-20%

Σ' εκείνες τις περιπτώσεις που οι διαταραχές συμπεριφοράς φθάνουν σε ακραία σημεία, ώστε να χαρακτηρίζονται νευρωσικού ή ψυχωσικού βάθους, τότε το Π.Α. μπορεί να φθάνει σε συντάξιμα επίπεδα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50-80%

3.3.3. Οριακές καταστάσεις

Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που δεν μπορούν να καταταγούν με σαφήνεια στις Νευρώσεις ή τις Ψυχώσεις. Συνυπάρχουν δηλαδή συμπτώματα και των δύο καταστάσεων. Αλλοτε ομιλούμε για Νευρώσεις με στοιχεία ψυχωσικής εκτροπής, άλλοτε για μεταιχμιακές Ψυχώσεις. Το βέβαιο είναι ότι με την πάροδο του χρόνου οι περισσότερες τέτοιες καταστάσεις ξεκαθαρίζουν είτε στην κατεύθυνση της νευρώσεως είτε στην κατεύθυνση της ψυχώσεως και μόνο σαν όρος προσωρινός, ανάγκης μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνήθως.

Η κλινική αποτίμηση πρέπει να γίνει από ψυχίατρο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%

3.4. ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΑ ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΑ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.4.1. Φαρμακευτική εξάρτηση

Ψυχοπαθολογική διαταραχή ή ενίοτε και φυσική, από τη λήψη του φαρμάκου, με αποτέλεσμα συμπεριφερολογικές αντιδράσεις που περιλαμβάνουν καταναγκαστική επιφορά ή παρόρμηση για την (περιοδική ή συνεχή) λήψη του φαρμάκου, στην αναζήτηση των ενεργειών επί της ψυχικής σφαίρας ή την καταπολέμηση της δυσφορίας που δημιουργεί η απουσία του.

Η ανάπτυξη ανοχής δεν είναι απαραίτητη. Μπορεί ακόμα να υπάρξει εξάρτηση από περισσότερα του ενός φάρμακα ή και συνδυασμό με οινόπνευμα.

Μορφινούχα: Αλκαλοειδή του οπίου και παράγωγα, ηρωίνη, μεθαδόνη

Βαρβιτουρικά ή ηρεμιστικά με παρόμοιες δράσεις όπως οι βενζοδιαζεπίνες

Κοκαΐνη

Κάνναβη (χασίς, μαριχουάνα)

Διεγερτικά του τύπου της αμφεταμίνης ή σύνθετικά παράγωγα (ριταλίνη, πιπραδόλη)

Ψευδαισθησιογόνα ή ψυχωσεομιμητικά, LSD, μεσκαλίνη, αρμίνη.

Κρακ εσχάτως (με περιορισμένη εμπειρία).

Τα εξαρτημένα άτομα στρατολογούνται κατά κανόνα, από τις ομάδες των χαρακτηρολογικά διαταραγμένων ατόμων. Η βαρύτητα της διαταραχής του χαρακτήρα (αναστολή, παθητικοεξάρτηση, ανωριμότητα, επιθετικότητα, δυσκοινωνικότητα, κοινωνιοπάθεια) καθορίζει εν πολλοίς και το βαθμό αναπηρίας του εξαρτημένου που γενικά ανέρχεται από 50% μέχρι 67% και ενίοτε 80% (η ακριβής εκτίμηση γίνεται μόνο από τον ψυχίατρο που θεωρεί τα ιατρικά, κοινωνικά και ηθικά δεδομένα).

Επίσης η κατάχρηση των φαρμακευτικών ουσιών μπορεί να είναι δευτεροπαθής μιας μείζονος ψυχικής νόσου ή διαταραχής. Πρόκειται για εξάρτηση εντελώς συμπτωματική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Είναι το της πρωτοπαθούς διαταραχής 67-80%

Εξάρτηση από λεγόμενα ελάσσονα (χασίς, βενζοδιαζεπίνες κ.λπ.) κωδικοποιούνται όμοια.

Μόνο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις εξαρτημένων ατόμων, που δεν υπάρχει εμφανής ψυχοπαθολογία (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) το Ποσοστό Αναπηρίας είναι μικρό έως ασήμαντο ή και μηδενικό.

Η τεκμηρίωση της τοξικομανίας πρέπει να συνοδεύεται από πειστικά ιατρικά πιστοποιητικά κ.λπ. έγγραφα.

3.4.2. Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης (αλκοολισμός)

Εξάρτηση νοείται η κατάσταση που προκύπτει από τη λήψη οινοπνεύματος, με αποτέλεσμα συμπεριφερολογικές αντιδράσεις που περιλαμβάνουν καταναγκαστική επιφορά ή παρόρμηση στη λήψη οινοπνεύματος (σε συνεχή ή περιοδική βάση), στην προσπάθεια αναζήτησης των ενεργειών της αιθυλικής αλκοόλης στην ψυχική σφαίρα ή την καταπόλεμηση της δυσφορίας που δημιουργεί η απουσία της. Δεν είναι απαραίτητη η ανοχή, ενώ μπορεί να υπάρχει συνδυασμένη εξάρτηση από αιθυλική αλκοόλη και φαρμακευτικές ουσίες.

Η αναπηρία είναι ευθέως ανάλογη με τις επιπλοκές της αιθυλικής αλκοόλης από την ψυχική ή τη σωματική σφαίρα.

α) Ψυχικές

- Αλκοολική ψύχωση με το γνωστό ζηλοτυπικό (σπανιότερα διωκτικό) παραλήρημα.
- Ψευδαισθησιακά ψυχωτικά επεισόδια όπως το τρομώδες παραλήρημα (βαρύτατη κατάσταση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κυμαίνεται από 67 έως 80% κατά καιρούς (δεν είναι μόνιμες ή καθοριστικές και εκτός εξάρσεων μπορεί να είναι και 50%).

β) Σωματικές

- Αλκοολική άνοια
- Αλκοολική πολυνευροπάθεια
- Αλκοολική μυελοπάθεια
- Αλκοολική αταξία (παρεγκεφαλιδική βλάβη)
- Αλκοολική ηπατοπάθεια (συνήθως αναστρέψιμη κατάσταση - λιπώδης διήθηση)
- Σεξουαλική ανικανότητα (και συχνά υπογονιμότητα), λόγω τοξικής βλάβης στα σερτόλια κύτταρα των όρχεων.
- Αλκοολικοί σπασμοί πρόκειται για επιληπτοειδείς κρίσεις (κατάσταση όχι υποχρεωτικά μόνιμη).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σ' όλες τις παραπάνω καταστάσεις 67-80%

Ενίοτε μπορεί να ανέρχεται και άνω του 80% (μεγάλη αποδιοργάνωση ή βαριά μυελοπάθεια κ.λπ.).

Εν μέρει ο αλκοολισμός είναι συμπτωματική κατάσταση υποκρύπτουσα μείζονα ψυχική νόσο ή διαταραχή.

Συνοψίζονται:

- Αλκοολισμός χωρίς επιπλοκές 50%
- Αλκοολισμός με επιπλοκές 67-80%

3.4.3. Δυσλειτουργίες ψυχογενούς προελεύσεως

Ψυχοφυσιολογικές διαταραχές με ποικιλία φυσικών συμπτωμάτων, δηλωτικών ψυχογενούς δυσλειτουργίας χωρίς οργανική ιστική βλάβη (συνήθως δευτερεύουσες από ασφαλιστικής πλευράς).

Ψυχογενής ανορεξία: Βαριά κατάσταση προϊούσης απισχνάσεως με έντονες βιολογικές επιπλοκές (αμηνόρροια, απόπτωση τριχών, βραδυσφυγμία, υποθερμία, εξωνεφρική ουραιμία κ.λπ.), με πεισματική διατήρηση υψηλής δραστηριότητας και εγρηγόρσεως. Δεν υπάρχει ευαισθησία. Πρόκειται για διαταραχή της εικόνας του σωματικού εγώ (body image).

Τικ: Ψυχογενείς διαταραχές με υπερκινησίες ακούσιες, φαινομενικά άσκοπες, επαναληπτικές, ταχείες. Ασφαλιστική σημασία έχουν κυρίως του προσώπου, των βλεφάρων και (των σπανιότερων) άκρων χειρών σε ορισμένες κατηγορίες επαγγελμάτων (οδηγοί, ηθοποιοί, εκφωνητές κ.λπ.).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%

Ψυχογενές ραιβόκρανο

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

- Σε επίμονες και ανθεκτικές μορφές 35%

Σπάνια παραπάνω.

Ψυχογενής τρόμος (με πλήρη έλλειψη οργανικών στοιχείων)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Οπως και στην προηγούμενη.

Αλλες, όπως ψυχογενής βήχας, αεροφαγία, δυσμηνόρροια κ.λπ., είναι σχεδόν μηδενικής αναπηρίας.

3.4.4. Νόσοι και διαταραχές χωρίς σταθερή ταξινόμηση

Αντιδράσεις σε βαρύ stress

(Θάνατος, εγκατάλειψη, θεομηνίες, αιχμαλωσία, μετανάστευση) Βαριές, βραχύβιες και αναστρέψιμες κατά το δοκούν. Οταν παρατείνονται ομιλούμε για παρατεταμένες αντιδράσεις.

Αντιδράσεις προσαρμογής που ενίοτε παίρνουν χαρακτήρες τυπικών ψυχώσεων (πολεμικές ψυχώσεις, αισθητηριακή αποστέρηση αστροναυτών κ.λπ.).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..ολιγόμηνη 67-80%

Εάν, τέλος, είναι επίμονες, χρόνιες και προφανείς, τότε πρόκειται για μείζονες λειτουργικές ψυχώσεις που οι παραπάνω καταπονήσεις απετέλεσαν απλώς το έναυσμα.

Ατυπες κυκλοειδείς ψυχώσεις

(Leonard & Kleist) Καταθλιπτικές κατά το μάλλον διαταραχές με επεισοδιακό και θεαματικό χαρακτήρα ψυχωσιόμορφων διαταραχών και περιοδικότητα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..50-67%

3.5. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.5.1. Μηνιγγίτιδα

Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) που προκαλούνται από ιούς, μικρόβια, τοξικές ουσίες, από αύξηση της ενδοκρανίου πιέσεως, από πρωτοπαθείς νόσους του αγγειακού συστήματος ή αποστήματα και κύστεις του εγκεφάλου αντιμετωπίζονται από την κλινική νευρολογία και νευροχειρουργική.

Στις Υγειονομικές Επιτροπές προσέρχονται άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε ανάλογη θεραπευτική προσπάθεια για τις ως άνω παθήσεις με νευρολογικά σύνδρομα ως υπολείμματα της αντίστοιχης θεραπείας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εξαρτάται από τη βαρύτητα του νευρολογικού συνδρόμου για κάθε περίπτωση και πρέπει να κυμαίνεται .... 10-80% και άνω
- Στις παραπάνω καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβουμε και τα νευρολογικά σύνδρομα μετά από προσβολές των μηνίγγων (μηνιγγίτιδες) και σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να κυμαίνεται ....10-80% και άνω

3.5.2. Εγκεφαλίτιδες - Εγκεφαλομυελίτιδες

Νευρολογικές παθήσεις ποικίλης αιτιολογίας

1) Ληθαργική εγκεφαλίτιδα

Εικόνα

α) κινητικές διαταραχές εξωπυραμιδικού τύπου
β) σπαστικό ραιβόκρανο
γ) βολβόστροφες κρίσεις
δ) υπερκινησίες
ε) ψυχικές διαταραχές
στ) νευροφυτικές διαταραχές

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..67-80% και άνω [2 χρόνια]

2) Υποξεία σκληρυντική εγκεφαλίτιδα

Εικόνα
α) διανοητική έκπτωση
β) μυοκλονίες - έντονος μυϊκή υπερτονία
γ) χαρακτηριστικό ΗΕΓ τύπου V. Boggart

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Βαρύτατη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67%-άνω 80% [2 χρόνια]

3.5.3. Σύφιλη του κεντρικού νευρικού συστήματος

Δύο μορφές (προϊούσα γενική παράλυση και νωτιαία φθίση). Και οι δύο μορφές της προσβολής του ΝΣ από τη σύφιλη είναι βαριές. Πρέπει όμως να πούμε ότι από μακρού δεν παρουσιάζονται πλέον στην κλινική ή το ιατρείο τέτοιες περιπτώσεις: Ως εκ τούτου θεωρείται σπάνιο το περιστατικό που υπέρχεται στα αρμόδια όργανα προς συνταξιοδότηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................80% και άνω.

3.6. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.6.1. Παρκινσονικό σύνδρομο

Νόσος του Parkinson

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:

Αναλόγως της εντάσεως των συμπτωμάτων:
- Αρχόμενο στάδιο 50-67%
- Μέσο στάδιο 67%
- Προχωρημένο στάδιο ....80% και άνω

3.6.2. Εξωπυραμιδικά σύνδρομα

Οικογενής και γεροντικός τρόμος

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της προκαλούμενης δυσκολίας στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων ακριβούς διαδρομής....................10-35%

Χορεία

Νόσος Huntington (νόσος κληρονομική)

Συνήθως έναρξη της νόσου στο 40ό έτος της ηλικίας και μετά από τοκετό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας.................... 67-80% και άνω [1-2 χρόνια σε κάθε κρίση]

Λοιπές εξωπυραμιδικές διαταραχές

Μυόκλονος, σύνδρομο Gilles de la Tourette, αθέτωση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της ανικανότητας προς εργασία 0-50%

Η όψιμη δυσκινησία είναι σύνδρομο από τη δράση ψυχοφαρμάκων κ.λπ. και κρίνεται με την κύρια νόσο.

Χορεία του Sydenham (St. Vitus Dance)

Εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 5ου και 15ου έτους της ηλικίας, σχετίζεται με το ρευματικό πυρετό και διαρκεί 2 έως 6 μήνες.

Δυνατή η επανεμφάνιση σύντομων προσβολών.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Οταν παραμένουν επιπτώσεις επί του ΚΝΣ .... 10-35% [1 έτος σε κάθε κρίση]

Σπαστικό ραιβόκρανο

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί αποτυχούσης φαρμακευτικής βελτιώσεως ...... 50%-67% [1 έτος σε κάθε κρίση]

Κρανιακή δυστονία

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Βλεφαρόσπασμος κ.λπ. αναλόγως της προκαλούμενης δυσκολίας .... 10% και άνω

3.6.3. Νωτιοπαρεγκεφαλιδικά νοσήματα

Εμφανίζονται συνήθως στην νέα ηλικία. Προσβάλλουν κατά κανόνα περισσότερες από μια περιοχές (παρεγκεφαλίδα, στέλεχος, νωτιαίο μυελό, βασικά γάγγλια, περιφερικά νεύρα, πρόσθια κύτταρα).
Σημ. Η προσβολή του φλοιού αναφέρθηκε αλλού.

Προεξάρχει η νόσος Friedreich, προοδευτική, σχεδόν πάντα εξελικτική (πλην εκτρωτικών σπάνιων μορφών), με εικόνα βαριάς αταξίας κυρίως.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στην ίδια περίπου ομάδα οι νόσοι (άλλοτε άλλης βαρύτητας). 80%

- 1) Holmes, 2) Marie, 3) Dejerine - Thomas, 4) Shy - Dranger, 5) Refsum, 6) Βητα - λιποπρωτεϊναιμία, 7) Αταξική τελαγγειεκτασία, 8) Πολυσυστηματική μιτοχονδριακή διαταραχή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67-80%

Στις όψιμες εκφυλίσεις (συχνά κληρονομικές) άξιες μνείας είναι:

- Προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση (Steel - Richardson - Olszewski) με σημειολογία Parkinson και στελεχιαία σημεία και υπερπυρηνική οφθαλμοπληγία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% και άνω

- Ελαιο-γεφυρο-παρεγκεφαλιδική ατροφία, Rumsey-Hunt ομοίως.
- Σπαστική οικογενής παραπληγία (Stumbel-Lorrain) αρχίζει από την εφηβεία και πέραν. Εξέλιξη βραδύτατα προοδευτική.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67-80%

3.6.4. Πλαγία μυατροφική σκλήρυνση Charcot

Νόσος του Charcot του κινητικού νευρώνος

Πρόκειται περί νόσου ολόκληρου του κινητικού συστήματος (κεντρικού και περιφερικού).

Αιτιολογία: Ενδογενής ιδιοσυστασιακός παράγοντας.

Κλινική εικόνα: Συνδυασμός μυατροφίας, παραλύσεων και σπαστικότητας. Μυατροφία και παραλύσεις στα άνω άκρα, σπαστικότητα στα κάτω άκρα με ζωηρά τενόντια αντανακλαστικά και δυσχέρεια βαδίσεως.

Μορφές:

α) Κλασική. Αρχίζει από τα άνω άκρα (μυατροφία). Επεκτείνεται στα κάτω άκρα όπου κυριαρχεί η πυραμιδική συνδρομή.

β) Προμηκική. Αρχίζει με προμηκικά φαινόμενα (δυσκινησία γλώσσας, δυσαρθρία, δυσκαταποσία).

γ) Παραπληγική. Αρχίζει από τα άκρα και υποδύεται την εικόνα της προοδευτικής σπαστικής παραπληγίας.

δ) Ψευδοπολυνευριτιδική. Αρχίζει από τα κάτω άκρα όπου όμως κυριαρχεί η μυατροφία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67-80% και άνω

3.6.5. Αλλα νοσήματα του νωτιαίου μυελού-Συριγγομυελία (συριγγοβολβία)

Νόσος χρόνια, βραδέως εξελισσόμενη. Εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 20-40 ετών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογη με την εντόπιση της βλάβης.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ελαφρού βαθμού 20-30%
- Μέτριου βαθμού 40-50%
- Μεγάλου βαθμού 60-80%

3.7. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.7.1. Σκλήρυνση κατά πλάκας

Αγνωστης αιτιολογίας. Η νόσος υποδύεται κάθε νευρολογική νόσο και αναλόγως της βαρύτητας και των συχνών υποτροπών της παρουσιάζεται ηπίως και βραδέως ή βαρέως και ταχέως οπότε το άτομο ή οδηγείται στο θάνατο ή πριν από αυτόν στην κλίνη ακίνητο και με βαριά νευρολογική κλινική εικόνα.

Κύρια και συνήθη κλινικά ευρήματα

Πυραμιδικές εκδηλώσεις - ορθοκυστικές διαταραχές - διαταραχές της οράσεως - διαταραχές της αισθητικότητας - παρεγκεφαλιδικές διαταραχές και διαταραχές από την ψυχική σφαίρα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως κακή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............................ 35%-άνω 80% [2 χρόνια]

3.7.2. Αλλα απομυελινωτικά νοσήματα

Νευρο-οπτικο-μυελίτιδα (Devic)

Εικόνα

Μυελικές βλάβες - οπτική νευρίτιδα άμφω - και δη παραπληγία - τετραπληγία και μείωση οράσεως προοδευτική.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67-80% και άνω [2 χρόνια]

3.7.3. Ημιπληγία - Ημιπάρεση

Η παράλυση ή πάρεση, αντίστοιχα, αφορά το ένα ήμισυ του σώματος δηλαδή άνω και κάτω άκρο με ή χωρίς τη συμμετοχή του προσώπου.

α. Σπαστική

Αποτέλεσμα βλάβης των πυραμιδικών οδών. Χαρακτηρίζεται από αύξηση των τενοντίων αντανακλάσεων, υπερτονία των μυών, παρουσία παθολογικών αντανακλαστικών (Babinsky κ.ά.), κλώνο, η δε παράλυση αφορά την εκούσια κινητικότητα κ.λπ.

Τα αίτια ποικίλουν, συνηθέστερα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι όγκοι κ.ά.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Για τον καθορισμό των ποσοστών πρέπει να σταθούμε τουλάχιστον: α) Στη βαρύτητα της πυραμιδικής συνδρομής (παράλυση - πάρεση) β) Την πλευρά που έχει πιάσει: Αριστερά - Δεξιά επί δεξιόχειρος ή μη. γ) Στη συνύπαρξη ή όχι ορθοκυστικών διαταραχών (ΟΚΔ) και αφασικών εκδηλώσεων (ΑΦΕ).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (επί δεξιόχειρος)

- Ελαφρά πυραμιδική συνδρομή (δυσπραγία) υπολειμματική ή μη χωρίς συνοδά συμπτώματα....................20-25%
- Ελαφρά πυραμιδική συνδρομή
  Ημιπάρεση υπολειμματική ή μη
  Χωρίς συνοδά συμπτώματα....................25-35%
  Με ελαφρά συνοδά συμπτώματα ΟΚΔ....................35-50%
  Με ΟΚΔ και ΑΦΕ....................50-67%
- Ημιπληγία μέσης βαρύτητας
  Χωρίς συνοδά συμπτώματα....................35-50%
  Με ΟΚΔ....................50-67%
  Με ΟΚΔ και ΑΦΕ....................67-80%
- Βαριά ημιπληγία....................>80%

β. Χαλαρά

Αποτέλεσμα βλάβης των περιφερικών κινητικών νευρώνων άνω και κάτω άκρων συστοίχως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα της σπαστικής.

3.7.4. Βρεφική εγκεφαλική παράλυση

Σύνδρομο οφειλόμενο σε βλάβη του ΚΝΣ κατά την περιγεννητική περίοδο ή τη βρεφική ηλικία, με βασικές εκδηλώσεις τις έντονες κινητικές διαταραχές σπαστικού τύπου μετά ή άνευ υπερκινησιών και άλλοτε άλλου βαθμού νοητική καθυστέρηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-80% και άνω

3.7.5. Άλλα σύνδρομα παραλύσεως

Ι. Τετραπληγία (τετραπάρεση)

Η παράλυση (πάρεση) όλων των άκρων, χαλαρά ή σπαστική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Τετραπληγία ....80% έως 80% και άνω
- Τετραπάρεση 67-80%

ΙΙ. Παραπληγία (παραπάρεση)

Η παράλυση (πάρεση) των κάτω άκρων, σπαστική ή χαλαρά, μπορεί να συνοδεύεται από ορθοκυστικές διαταραχές (ΟΚΔ).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Παραπάρεση
  - ελαφρά χωρίς ΟΚΔ 25-35%
  - μέτρια με ΟΚΔ 35-50%
  - βαρεία με ΟΚΔ 67%
- Παραπληγία
  - Χωρίς ΟΚΔ 67-80%
  - Με ΟΚΔ ....80% και άνω

ΙΙΙ. Διπληγία άνω άκρων

Σπανιότατη κατάσταση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ....67-80% και άνω

IV. Μονοπληγίες (βλ. Ορθοπεδικές παθήσεις)

V. Συνδρομή ιππουρίδας

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Οταν υπάρχουν παρετικά φαινόμενα
- Ελαφρού βαθμού 20-30%
- Μέτριου βαθμού 30-50%
- Μεγάλου βαθμού 50-70%

  Επί συνυπάρξεως ορθοκυστικών διαταραχών στα ανωτέρω προστίθεται 20%

3.7.6. Επιληψία και επιληπτικές διαταραχές

Επιδημιολογία: Δύσκολη και ασαφής. 1% περίπου του γενικού πληθυσμού (Hauser και Kurlankol).

Ορισμός: Διαλείπων αφηνιασμός του νευρικού συστήματος, πρωτίστως ταχείας, υπερβολικής, νοσηρής εκφορτίσεως των νευρώνων του εγκεφάλου. Εκφόρτιση που οδηγεί σε στιγμιαία διαταραχή των αισθήσεων, απώλεια συνειδήσεως ή της ψυχικής λειτουργίας, σπασμωδικές κινήσεις ή συνδυασμό αυτών.

Αιτιολογία: (ή αιτιολογική κατάταξη)

Για πολλούς συγγραφείς η επιληψία είναι σύμπτωμα άλλων διαταραχών όπως: όγκοι, εκφύλιση, αγγειοσκλήρυνση, ατροφία, τραυματισμός, φλεγμονές, τοξικολοιμώδεις παράγοντες, φαρμακευτικές ουσίες, κληρονομικά σύνδρομα, δυσμεταβολικές καταστάσεις κ.λπ.

Σε περιπτώσεις που δεν ανευρίσκεται κάποιος αιτιολογικός παράγοντας ομιλούμε για "ιδιοπαθή" επιληψία.

Κοινοί τύποι κρίσεων

Ι. Γενικευμένες κρίσεις (αμφοτερόπλευρες, συμμετρικές, χωρίς τοπική εισβολή)
- α) Τονικοκλονικοί σπασμοί (Grand mal)
- β) Αφαίρεση (Petit mal)
- γ) Γενικευμένος (αμφοτερόπλευρος) μυόκλονος
- δ) Βρεφικοί σπασμοί
- ε) Ατονικές κρίσεις (σε βρέφη και παιδιά)
- στ) Τονικές κρίσεις

ΙΙ. Τοπικές (μερικές) κρίσεις (που αρχίζουν εστιακά)
- α) Απλές (γενικά χωρίς απώλεια συνειδήσεως)
  1. Κινητικές (Jackson)
  2. Αισθητικές (σωματοαισθητικές, οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές, φυτικές)
  3. Συναισθηματικές
- β) Συνδυασμένες (συνήθως με απώλεια συνειδήσεως)
  Κροταφικές ή ψυχοκινητικές κρίσεις

ΙΙΙ. Εστιακές κρίσεις, δευτερογενώς γενικευμένες.

Οι επιληπτικές δραστηριότητες των μικρών ηλικιών και των συναφών μορφών επιληψίας, μικρή έως ελάχιστη ασφαλιστική σημασία έχουν. Αλλες δε βαριές κατά τεκμήριο καταστάσεις (Petit mal varian ή τύπου Unvericht-Lundaborg) αποτελούν ένα ποσοστό μόλις ανιχνεύσιμο στατιστικά. Το δε Π.Α. αυτών είναι τουλάχιστον το υψηλότερο (80%).

Σ' άλλες καταστάσεις συμπτωματικής επιληψίας (αλκοόλη, φάρμακα, δυσμεταβολικές διαταραχές, κ.λπ.) το Π.Α. δεν είναι μόνιμο ή καθοριστικό και κατοπτρίζει το Π.Α. της πρωτοπαθούς διαταραχής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Γενικά 50-80%

(σε ιδιάζουσες περιπτώσεις μπορεί να πέσει και στο 35%) εξαρτωμένου από κάποιους παράγοντες όπως π.χ.

α) Ο αριθμός των κρίσεων
β) Ο τύπος των κρίσεων
γ) Η ποσότητα των φαρμάκων ή και η μακροχρόνια χρήση τους
δ) Η ύπαρξη ΗΕΓ/φικών διαταραχών (η παρουσία τους δεν είναι υποχρεωτικά παθογνωμονική, όπως η απουσία τους δεν αποκλείει πάντα την επιληψία), πάντα σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα.
ε) Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών όπως ψυχώσεως ή διαταραχής της προσωπικότητας ή, τέλος, η ύπαρξη κλινικών σημείων αποδιοργανώσεως (epileptic deterioration).

3.7.7. Ημικρανία-Καταπληξία-Ναρκοληψία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας και της θεραπευτικής δυνατότητας ... 15% και άνω

3.8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
Κρανιακά νεύρα

3.8.1. Διαταραχές τριδύμου νεύρου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Παράλυση αισθητικής μοίρας ... 15%
- Πάρεση ... 5-10%
- Παράλυση κινητικής μοίρας ... 25%
- Πάρεση κινητικής μοίρας ... 5-20%
- Νευραλγία τριδύμου ανάλογα με τη συχνότητα και την ένταση των προσβολών ... 15-80%

3.8.2. Διαταραχές προσωπικού νεύρου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Παράλυση περιφερικού τύπου ... 25%
- Πάρεση χωρίς λαγόφθαλμο ... 5-10%
- Πάρεση με λαγόφθαλμο ... 10-15%

3.8.3. Διαταραχές άλλων κρανιακών νεύρων

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οσφρητικό ... 5%
- Οπτικό: Ανάλογα με το βαθμό μειώσεως της οπτικής οξύτητας
- Κοινό κινητικό
  - Παράλυση ... 30%
  - Πάρεση ... 5-25%
- Τροχιλιακό
  - Παράλυση ... 15%
  - Πάρεση ... 5-10%
- Απαγωγό
  - Παράλυση ... 20%
  - Πάρεση ... 10-15%
- Ακουστικό: Παράλυση ανάλογα με το βαθμό εκπτώσεως της ακουστικής οξύτητας.
- Γλωσσοφαρυγγικό
  Παράλυση ... 10%

  - Πάρεση.....5-10%
- Πνευμονογαστρικό
  - Παράλυση ανάλογα με τις λειτουργικές διαταραχές.....15-20%
  - Πάρεση.....10-15%
- Παραπληρωματικό
  - Παράλυση.....15%
  - Πάρεση.....10-15%
- Υπογλώσσιο
  - Παράλυση.....10%
  - Πάρεση.....5-10%
  - Παράλυση και των δύο.....50%

3.8.4. Κληρονομικές και ιδιοπαθείς περιφερικές νευροπάθειες

Προοδευτική υπερτροφική πολυνευρίτιδα των Dejerine- Sottas

Πρώιμη εμφάνιση
Αιτιολογία: Οικογενής - κληρονομική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35% και άνω

Μυατροφία των Charcot - Marie - Tooth

Πρώιμη εμφάνιση.
Αιτιολογία: Κληρονομική, προσβάλλει ιδίως το νωτιαίο μυελό, ελαφρότατα δε τα περιφερικά νεύρα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ
Βραδύτατη εξέλιξη. Μπορεί το άτομο, ανάλογα με την εργασία του, να τη συνεχίσει επί 10ετίες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35% και άνω

3.8.5. Φλεγμονώδεις και τοξικές νευροπάθειες

Σύνδρομο Guillain-Barré μετά λευκωματο-κυτταρικού διχασμού

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ
Καλή. Αντιμετωπίζεται από πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Επί υπάρξεως νευρολογικών υπολειμμάτων πέραν του έτους ανάλογο μ' αυτά.

Χρονίζουσες πολυριζονευρίτιδες μετά λευκωματοκυτταρικού διχασμού

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ
Οχι πάντα καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Ανάλογο με την αναπηρία που καταλείπουν όσον αφορά την κινητικότητα.

Πολυνευροπάθειες

Παθήσεις πολλών μαζί περιφερικών νεύρων συνήθως αμφοτεροπλεύρως και συμμετρικώς προσβαλλομένων.
Τα ευρήματα συνηθέστερα εντοπίζονται στα άκρα των άκρων, σπανιότατα δε στη ρίζα αυτών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ
Ανάλογα με το αίτιο που τις προκάλεσε και την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση από σχετικώς καλή έως κακή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Ανάλογο με τις βλάβες που έχουν απομείνει και τον επηρεασμό της κινητικότητας.

Πολιομυελίτιδα

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ
Εξαρτάται εκ της διαφόρου εντοπίσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Ανάλογο με την έκταση των παραλύσεων και τον αριθμό των μελών που προσβάλλει.

3.9. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.9.1. Ενδοκρανιακές αιμορραγίες

Αντιμετωπίζονται συνήθως χειρουργικώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως του παραμένοντος συνδρόμου 35% έως 80% και περισσότερο για ένα έτος εκάστοτε τα 3 πρώτα έτη.

3.9.2. Ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια-έμφρακτα εγκεφάλου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως του παραμένοντος συνδρόμου ....35-80% και άνω

3.9.3. Διαταραχές σπονδυλοβασικού συστήματος

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της βαρύτητας 10-50%

3.9.4. Αγγειακές μυελοπάθειες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της βαρύτητας ....10-80% και άνω

3.9.5. Ενδοκρανιακοί όγκοι

Οι ενδοκρανιακοί όγκοι περιλαμβάνουν νεοπλάσματα καλοήθη και κακοήθη, ως και χωροκατακτητικές εξεργασίες από χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις που αναπτύσσονται στον εγκέφαλο, τις μήνιγγες ή το κρανίο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Εξαρτάται από την κακοήθεια ή μη του όγκου, από το αν εξαιρείται, αν αναμένεται υποτροπή και από τη βαρύτητα του κλινικού συνδρόμου....................10-80% και άνω [1-7 έτη]

3.9.6. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της βαρύτητας του συνδρόμου.................... 35-80% και άνω
Εγκεφαλική διάσειση - Μεταδιασειστικό σύνδρομο.
Αναλόγως της εντάσεως των συμπτωμάτων και της αναπτύξεως ή μη εγκεφαλικής ατροφίας ....10-80%.

3.9.7. Σύνδρομα μετά κάκωση του νωτιαίου μυελού και της σπονδυλικής στήλης

Συνήθως αισθητικά ή κινητικά σύνδρομα, ενίοτε μικτά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της βαρύτητας του συνδρόμου 50-80% και άνω για ένα έτος σε κάθε κρίση τα τρία πρώτα έτη. Στη συνέχεια αναλόγως των μόνιμων βλαβών.

3.10. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΥΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.10.1. Νευρομυϊκές διαταραχές

I. Βαρεία μυασθένεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η βασική διαταραχή της νόσου εντοπίζεται στη νευρομυϊκή σύναψη, όπου οι νευρικές ώσεις δεν μεταβιβάζονται φυσιολογικά ώστε να προκαλέσουν κανονική διέγερση και σύσπαση του μυϊκού ιστού.

Β. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι α) ο εύκολος, παθολογικός κάματος των μυών "αποκάμνωση", β) η ευμεταβλητότητα των παρέσεων, γ) η ταχεία αλλά πρόσκαιρη υποχώρηση των συμπτωμάτων με αντιχολινεργικά φάρμακα.

Η κλινική εικόνα ποικίλλει, ανάλογα με τους μύες που "κύρια" εκδηλώνεται η νόσος (οφθαλμοκινητικοί, κεντρομελικοί, αναπνευστικοί κ.λπ.).

Διαγνωστικά συμβάλλουν τα διάφορα ειδικά test (προστιγμίνης κ.ά.) και η ανίχνευση υψηλού τίτλου αντισωμάτων στο αίμα έναντι υποδοχέων της ακετυλχολίνης.

Γ. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ποικίλλει από βαρύτατη, με αποτέλεσμα το θάνατο εντός μηνών ή ετών από την έναρξη της νόσου, έως σχετικά καλή, όπου η νόσος διατρέχει βραδύτατα με μεγάλα μεσοδιαστήματα πλήρους υφέσεως και ο ασθενής καταλήγει σε βαθύ γήρας από άλλη αιτία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- 1ο Στάδιο: Αραιά επεισόδια μυϊκής αδυναμίας κυρίως οφθαλμοκινητικών μυών χωρίς περιορισμό της κινητικότητας ή αναπνοής .... 35% [1 έτος προς επανεκτίμηση]
- 2ο Στάδιο: Συχνά, ελαφρά επεισόδια μυϊκής αδυναμίας μετά κόπωση με αντίστοιχες παροδικές επιπτώσεις στην όραση, ομιλία, κινήσεις άκρων .... 50-67% [2 χρόνια]
- 3ο Στάδιο: Βαριά, συχνά επεισόδια ή μόνιμα, μυϊκή αδυναμία μετά ελαφρά ή καθόλου κόπωση μετά ή άνευ συμμετοχής των αναπνευστικών μυών .... 80-100% [3 χρόνια]

II. Άλλα μυασθενικά σύνδρομα

Πρόκειται για σύνδρομα που εμφανίζονται στα πλαίσια άλλων γενικότερων παθολογικών καταστάσεων, όπως ως παρανεοπλασματική συνδρομή, σε νοσήματα ανοσοποιητικού συστήματος, κολλογονώσεις, νοσήματα ενδοκρινών αδένων κ.ά.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η μυασθένεια πρέπει να συνεκτιμάται προστιθέμενη στα ποσοστά που προσδίδει η αρχική νόσος ανάλογα με τη βαρύτητά της (βλ. στάδια βαρείας μυασθένειας).

III. Περιοδικές παραλύσεις

Πρόκειται για επεισόδια μυϊκής αδυναμίας που διαρκούν μερικές ώρες ή 24ωρα και οφείλονται σε διαταραχές (υπερ-, υπο- και νορμοκαλιαιμικές μορφές). Είναι κληρονομικές παθήσεις.

Από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση συνήθως αντιμετωπίζονται από τον κλάδο περίθαλψης.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σπάνια μπορεί να δώσουν 35-50%

3.10.2. Μυϊκές δυστροφίες και μυοτονικές νόσοι

I. Μυϊκές δυστροφίες

Είναι κληρονομικές, προοδευτικές, πρωτοπαθείς, εκφυλιστικές παθήσεις των μυών.

Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά τους είναι: διάχυτές μυϊκές ατροφίες, συνήθως ριζομελικές με πρώιμη κατάργηση της ιδιομυϊκής συσταλτότητας, ανάπτυξη συνδετικού ιστού στους μύες, "ψευδοϋπερτροφίες", χαρακτηριστικό ΗΜΓ και μεγάλη αύξηση των μυϊκών ενζύμων στο αίμα (αλδολάση, CPK, τρανσαμινάσες κ.ά.).

Μορφές μυϊκών δυστροφιών

I. Ψευδοϋπερτροφική μορφή (νόσος του Duchene). Αρχίζει από 2ο έως 5ο έτος, είναι συχνότερη, κακής πρόγνωσεως, εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε αγόρια, συνοδεύεται συνήθως

με μέτρια νοητική καθυστέρηση.

II. Μυϊκή δυστροφία του Becker: Καλοηθέστερη της Duchene: Αρχίζει μετά το 25ο έτος ηλικίας και έχει βραδύτερη εξέλιξη.

III. Συγγενής μυϊκή δυστροφία: Στα παιδιά που γεννιούνται υποτονικά.

IV. Προσωπο-ωμο-βραχιόνιος (νόσος των Landuzy-Dejerine): Αφορά τους μύες του προσώπου, αρχίζει στην εφηβεία, έχει μέτρια πρόγνωση.

V. Ζωνιαίες μορφές.

VI. Περιφερική μυοπάθεια με ατροφίες στα περιφερικά τμήματα των άκρων.

VII. Οφθαλμική μυοπάθεια με εικόνα μυογενούς οφθαλμοπληγίας συν πτώση των βλεφάρων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά ποικίλλουν κύρια ανάλογα με την έπτωση της κινητικής ικανότητας και τη μορφή.

Στα αρχικά στάδια .... 50-80% και άνω

II. Μυοτονικές νόσοι

Α. ΜΥΟΤΟΝΙΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ (νόσος του Steinert)

Κληρονομική, πολυσυστηματική νόσος, προσβάλλει εκτός από τους γραμμωτούς μύες και ενδοκρινείς αδένες, οφθαλμούς, νευρικό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική αδυναμία και ατροφία των μυών, το μυοτονικό φαινόμενο, ενδοκρινικό καταρράκτη, χαρακτηριστική φαλάκρα και ατροφία όρχεων στους άρρενες και διαταραχές της εμμηνορυσίας στις γυναίκες. Προσβάλλει με την ίδια συχνότητα άντρες και γυναίκες. Η έναρξη της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 20 και 40 ετών και εντός 15-20 ετών προκαλεί βαριά κινητική αναπηρία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 35-80% και άνω

Β. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΜΥΟΤΟΝΙΑ (νόσος του Thomsen)

Χαρακτηρίζεται από έντονη μυοτονία και υπερτροφία μυών (Ηράκλεια μορφή). Η αγωγή με υδαντοΐνη, καρβαμαζεπίνη, κορτικοειδή κ.ά. έχει βοηθήσει σημαντικά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 35-67% και σπάνια 80%

3.10.3. Συγγενείς, μεταβολικές, ενδοκρινικές μυοπάθειες

I. Συγγενείς (περισσότερες από 20)

Τα συμπτώματά τους αρχίζουν αμέσως μετά τη γέννηση και είναι συνήθως υποτονία, υποπλασία μυών, σκελετικές ανωμαλίες κ.ά. Δεν είναι εξελικτικές και προϊόντος του χρόνου βελτιώνονται. Χαρακτηρίζονται ως καλοήθεις. Η διάγνωση γίνεται οριστικά με τη βοήθεια ηλεκτρονικού μικροσκοπίου και ιστοχημικώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 25-67%

II. Μεταβολικές και ενδοκρινικές

- Από διαταραχές μεταβολισμού υδατανθράκων (γλυκογονιάσεις) ή των λιποειδών (ανεπάρκεια καρνιτίνης, CPT).
- Στα πλαίσια παθήσεων ενδοκρινών αδένων επηρεάζεται και η λειτουργία των μυών (υπερ- ή υποθυρεοειδισμός κ.ά.).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οι μεταβολικές συνήθως προκαλούν σχετικώς ελαφρές διαταραχές 15-25%
- Σπανιότερα προκαλούν μονιμότερες παρέσεις 35-50%

Οι ενδοκρινικές είναι αναστρέψιμες και υποχωρούν μετά τη θεραπεία του ενδοκρινικού προβλήματος.

3.10.4. Φλεγμονώδεις μυοπάθειες

Πολυμυοσίτις

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας (επικρατεί η ανοσοβιολογική βάση της νόσου) με κλινικές εκδηλώσεις κυρίως από τους μύες (μυϊκή αδυναμία, κεντρομελικά, συνήθως μυϊκές ατοφίες και μυϊκή ευαισθησία) και το δέρμα στο 60% των περιπτώσεων (βλ. Παθήσεις δέρματος, Κεφ. 2).

Η νόσος μπορεί να διατρέχει οξέως και χρονίως.

Στη διάγνωση βοηθά το χαρακτηριστικό ΗΜΓ και η βιοψία μυός.

Πρόγνωση: Αρνητική όσο πρωιμότερη η έναρξή της.

Η θεραπεία με κορτικοειδή έχει βελτιώσει αισθητά την πρόγνωση. Συχνά η πολυμυοσίτις εμφανίζεται με νόσο του συνδετικού ιστού (κολλαγόνου) ή με κακοήθη νεοπλασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στα αρχικά στάδια 35-50%
- Στη συνέχεια .... 50-80% και άνω

4. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

4.1. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΒΛΑΒΕΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ-ΩΜΙΚΗΣ ΖΩΝΗΣ-ΒΡΑΧΙΟΝΟΣ

Τα κατάγματα του στέρνου και των πλευρών (που πραγματευόμεθα στο παρόν κεφάλαιο), είναι εν γένει μικράς σοβαρότητας και έχουν αγαθή πρόγνωση από απόψεως πωρώσεως και καταλειπομένων αναπηριών. Στα πλείστα εξ αυτών μετά 25-30 ημέρες επέρχεται πώρωση άνευ αποτόκων διαταραχών. Επί περιπτώσεων βαρειών κακώσεων του θωρακικού τοιχώματος με επηρεασμό της αναπνευστικής ή και της καρδιαγγειακής λειτουργίας, το ποσοστό αναπηρίας θα κριθεί υπό των οικείων ειδικοτήτων (Πνευμονολόγοι - Καρδιολόγοι - Θωρακοχειρουργοί). Επί κακώσεων της ωμικής ζώνης και του βραχίονος, γενικώς, λαμβάνονται υπόψη τα κάτωθι: Κύριο μέλημα η πώρωση τυχόντος κατάγματος ενώ μικρά γωνίωση, στροφή ή μικρού βαθμού απώλεια του ευθειασμού του οστού δεν λαμβάνονται, εν γένει, υπόψη ως ελαφρώς επιδρώντα επί της λειτουργικότητας του άκρου. Αντιθέτως, δίδεται σημασία στην καλή κινητικότητα των ένθεν και ένθεν του κατάγματος αρθρώσεων, ενώ η εφαρμογή της καταλλήλου και εγκαίρου φυσικοθεραπείας μειώνει κατά πολύ τη δυσκινησία των ως άνω αρθρώσεων. Ερευνάται η μυϊκή ισχύς, η οποία δυνατόν ουδεμία σχέση να έχει με τυχούσα μυϊκή ατροφία. Η ηλικία, το φύλο, το είδος εργασίας (άτομα μεγάλης ηλικίας, γυναίκες, χειρώνακτες, γραφείς), θα ληφθούν σοβαρώς υπόψη στη χορήγηση του αναλόγου ποσοστού αναπηρίας. Ομοίως ελέγχεται το κακωθέν άκρο (δεξιά ή αριστερά) και εάν ο πάσχων είναι δεξιόχειρας ή αριστερόχειρας.

4.1.1. Κατάγματα στέρνου - πλευρών

α) Κατάγματα στέρνου

Σημ. Πωρούνται ευκόλως σ'ένα μήνα περίπου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Πωρωθέντα άνευ παρεκτοπίσεως 0%
- Πωρωθέντα πλήρως αλλά σε πλημμελή θέση μετά διαταραχών της αναπνοής τη κοπώσει τεκμηριωμένων εργαστηριακώς 5-10%

β) Κατάγματα πλευράς ή πλευρών

Σημ. Πωρούνται εν γένει σ'ένα έως 1½ μήνα. Πωρωθέντα άνευ επιπλοκών σε πλημμελή θέση με αποτέλεσμα μεσοπλεύριες νευραλγίες ή διαταραχές της αναπνοής τεκμηριωμένων εργαστηριακώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

4.1.2. Κατάγματα ωμοπλάτης

Σημ. Σπογγώδες οστούν πωρούμενο ευκόλως σ'ένα έως 1½ μήνα. Χρήζει εγκαίρου και καταλλήλου φυσιοθεραπείας (Φ/Θ) καθ' όσον με τις κινήσεις της συμβάλλει στην όλη κινητικότητα του συστοίχου ώμου. Διακρίνονται σε κατάγματα του σώματος, του αυχένος ως και της κορακοειδούς αποφύσεως και του ακρωμίου.

α) Κατάγματα σώματος ωμοπλάτης

Πωρωθέντα άνευ επηρεασμού της κινητικότητας του συστοίχου ώμου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=0% Α=0%

Πωρωθέντα αλλά με σαφή μείωση ή εξαφάνιση των ενεργητικών κινήσεων του συστοίχου ώμου: το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ της υπολειπομένης δυσκινησίας (βλ. υποκεφ. 4.1.9).

β) Κατάγματα ωμογλήνης - αυχένος ωμοπλάτης

Σημ. Σπογγώδες οστούν. Πωρούται ευκόλως σε ένα με ενάμιση μήνα. Σπανίως και επί απομακρύνσεως των κατεαγότων τεμαχίων, ψευδάρθρωση (βλ. υποκεφ. 4.1.8).
Πωρωθέντα άνευ επηρεασμού της λειτουργικότητας του συστοίχου ώμου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=0% Α=0%

Πωρωθέντα μετά επηρεασμού της κινητικότητας του συστοίχου ώμου (βλ. υποκεφ. 4.1.9).

γ) Κατάγματα κορακοειδούς αποφύσεως ή ακρωμίου πωρωθέντα άνευ διαταραχών

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=0% Α=0%

Σημ. Επί επιπλοκών των ως άνω καταγμάτων, ψευδάρθρωση κ.λπ. (βλ. υποκεφ. 4.1.8).

4.1.3. Κατάγματα κλειδός

Σημ. Σπογγώδες οστούν ευκόλως πωρούμενο (1-1½ μήνα), και επί πωρώσεως εν εφιππεύσει μικρότερης των 4cm ή σχετικής στροφής, ουδόλως επηρεάζεται η λειτουργικότητα του συστοίχου ώμου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Πωρωθέντα σε ανατομική θέση.. Δ=0% Α=0%
- Πωρωθέντα σε εφίππευση μεγαλύτερη των 4 cm Δ=5% Α=3% επί περιπτώσεων ψευδαρθρώσεως (βλ. υποκεφ. 4.1.8).

4.1.4. Συνδεσμικές κακώσεις ακρωμιοκλειδικής αρθρώσεως

Σημ. Επί των ως άνω κακώσεων, συνήθως επέρχεται απομάκρυνση των αρθρουμένων επιφανειών, συνεπεία ρήξεως των κωνοειδούς, τραπεζοειδούς και ακρωμιοκλειδικού συνδέσμων. Επί αδυναμίας κλινικής διαγνώσεως, απαιτείται ειδικός ακτινολογικός έλεγχος [ακτινογραφία ώμων (F) συγκριτική σε όρθια στάση με 8-10 kg σε κάθε χέρι].

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ανευ διαστάσεως των αρθρουμένων επιφανειών........ Δ=0% Α=0%
- Μετά διαστάσεως των αρθρουμένων επιφανειών...Δ=5-10% Α=0%

(Τα τελευταία ως άνω ποσοστά αναπηρίας επί δεξιοχείρων και αντιστρόφως επί αριστεροχείρων).

4.1.5. Εξαρθρήματα στερνοκλειδικής αρθρώσεως

Σημ. Εν γένει δεν παρουσιάζουν ενοχλήματα, η δε συμμετοχή τους στην κινητικότητα της ωμικής ζώνης είναι μικροτάτη.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..Δ=0% Α=0%

4.1.6. Εξαρθρήματα της κατ'ώμον αρθρώσεως (πρόσφατα, παραμελημένα, καθ'έξιν)

Σημ. Διακρίνονται σε πρόσθια, οπίσθια, κάτω και άνω. Δυνατόν στα πρόσθια εξαρθρήματα να συνυπάρχει και κάκωση του συστοίχου μασχαλιαίου νεύρου και σπανιώτατα και ετέρων κλάδων του βραχιονίου πλέγματος. Πλην των κακώσεων των νεύρων δυνατόν να συνυπάρξει και κάκωση της μασχαλιαίας αρτηρίας, ειδικώς σε άτομα μέσης προς γεροντική ηλικία. Ενίοτε συνυπάρχει και κάταγμα του μείζονος βραχιονίου ογκώματος. Τα οπίσθια εξαρθρήματα του ώμου, πού δυνατόν να επέλθουν είτε από άμεση βία είτε κατά τη διάρκεια ηλεκτροπληξίας είτε κατά την εφαρμογή ηλεκτροσόκ, παρουσιάζουν δυσκολία στην κλινική διάγνωσή τους, οπότε θα πρέπει να γίνει ειδικός ακτινολογικός έλεγχος με την πλάκα επί του ώμου και τη λυχνία στη μασχάλη:

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί αναταγέντων προσφάτων εξαρθρημάτων του ώμου χωρίς δυσκινησία αυτού και με πλήρη μυϊκή ισχύ ....Δ=0% Α=0%
  Επί ικανής απομακρύνσεως των αρθρουμένων επιφανειών (συνεπεία χαλάσεως του συνδέσμου και του θυλάκου) και σαφούς μειώσεως της ισχύος άρσεως βάρους Δ=10-15% Α=5%
- Παρημελημένα εξαρθρήματα του ώμου. Πρόκειται περί μη αναταγέντων εξαρθρημάτων του ώμου με αποτέλεσμα τη σαφή δυσκινησία αυτού ως και τη μείωση της ισχύος του άνω άκρου .... Δ=25-30% Α=15-20%
  (Λαμβάνεται σοβαρώς υπόψη η ηλικία και το επάγγελμα).
- Καθ'έξιν εξαρθρήματα του ώμου.
  Σημ. Στα ως άνω εξαρθρήματα, το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί: Από τη συχνότητά τους, εάν προς ανάταξή τους επιβάλλεται ή όχι η παρουσία ιατρού, εάν έχουν επέλθει οστικές αλλοιώσεις στη σύστοιχη βραχιόνιο κεφαλή και, τέλος, εάν συνυπάρχει ή όχι κάταγμα αυτής. Τα σπανίως εμφανιζόμενα καθ'έξιν εξαρθρήματα του ώμου (1-4 φορές το έτος) χρήζουν, ως επί το πλείστον, ιατρικής ανατάξεως.
- Εμφανιζόμενα 1-4 φορές κατ'έτος και ευκόλως ανατασσόμενα (αδιαφόρως παρουσίας ή όχι ιατρού)........................Δ=0-5% Α=0%
- Εμφανιζόμενα περισσότερο από 4 φορές κατ'έτος, με απαρχή ακτινολογικών αλλοιώσεων της βραχιονίου κεφαλής ....Δ=10% Α=5%

(Ομοίως λαμβάνεται υπόψη εάν πρόκειται περί δεξιοχείρων ή αριστεροχείρων).

4.1.7. Κατάγματα βραχιονίου οστού (κεφαλής-υποκεφαλικά-ογκωμάτων-διαφύσεως και κάτω πέρατος βραχιονίου οστού)

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Κάταγμα κεφαλής βραχιονίου οστού πωρωθέν άνευ καταστροφή της ανατομικής στρογγυλότητάς της.........Δ=0% Α=0%
  - Κάταγμα κεφαλής του βραχιονίου οστού με απώλεια της ανατομικής στρογγυλότητας αυτής λόγω πωρώσεως των

κατεαγότων τεμαχίων σε πλημμελή θέση (κίνδυνος εμφανίσεως μετατραυματικής αρθρίτιδας) ....Δ=5% Α=0%

Παρ. Το ως άνω ποσοστό αναπηρίας, θα συνδυαστεί και με την τυχούσα δυσκινησία του συστοίχου ώμου.

- Υποκεφαλικά κατάγματα βραχιονίου οστού.

  Σημ. Σπογγώδες οστούν ευκόλως πωρούμενο με 1-1 1/2 μήνα, σπανιωτάτη η ψευδάρθρωση ενώ δυνατόν να εμφανίσουν γωνίωση και στροφή. Χρήζουν εγκαίρου και καταλλήλου Φ/Θ.
  - Πωρωθέντα με κινήσεις ώμου κφ. ....Δ=0% Α=0%
  - Πωρωθέντα με γωνίωση ή στροφή μεγαλύτερη των 15° ....Δ=5% Α=0%

  Θα ληφθεί υπόψη και η τυχούσα δυσκινησία του συστοίχου ώμου οπότε προστίθεται το αντίστοιχο ποσοστό αναπηρίας.

- Κατάγματα βραχιονίων ογκωμάτων.
  - Πωρωθέντα (1-1½ μήνες) άνευ διαταραχών........Δ=0% Α=0%
  - Αποσπαστικά ως άνω κατάγματα με δυσχέρεια της φυσιολογικής λειτουργίας του τένοντος της μακράς κεφαλής του δικεφάλου βραχιονίου μυός (άλγη, ροίζος, πιθανή δια του χρόνου ρήξη του τένοντος)..........................Δ=10% Α=5%

- Κατάγματα διαφύσεως βραχιονίου οστού.

  Σημ. Χρόνος πωρώσεως, εν γένει 3 μήνες. Δυνατή η πώρωση σε στροφή, γωνίωση ή εφίππευση (αυλοειδές οστούν). Δυνατόν να συνυπάρχει κάκωση του κερκιδικού νεύρου ή και της κερκιδικής αρτηρίας. Σοβαρώς λαμβάνεται υπόψη η κινητικότητα των ένθεν και ένθεν του κατάγματος αρθρώσεων.
  - Πωρωθέντα σε παραδεκτή θέση ....Δ=0% Α=0%
  - Πωρωθέντα σε γωνίωση ή στροφή μεγαλύτερη των 20° ....Δ=5-10% Α=5%
  - Πωρωθέντα εν εφιππεύσει μεγαλύτερη των 6 εκ. ....Δ=5-10% Α=5%
  - Πωρωθέντα εν συνδυασμώ των 2 ανωτέρω περιπτώσεων ....Δ=10-15% Α=5%

  Επί συνυπάρξεως κακώσεως νεύρου ή αρτηρίας, θα προστεθούν και τα ποσοστά από τις ως άνω κακώσεις. Στα ως άνω κατάγματα δύνανται να προστεθούν και τα υπερκονδύλια κατάγματα του βραχιονίου οστού [ως εξωαρθρικά που αφορούν κυρίως στην παιδική ηλικία και από απόψεως αναπηρίας δύνανται να ταξινομηθούν στο παραπάνω κεφ. (δ)].

- Κατάγματα κάτω πέρατος βραχιονίου οστού. (Υπερκονδύλια - υπ.κεφ.(δ) Κονδύλων βραχιονίου - παρατροχιλίου και παρακονδυλίου αποφύσεων).

Σημ. Πρόκειται περί ενδαρθρικών καταγμάτων και γι'αυτό χρήζουν ανατομικής ανατάξεως, εάν δε δεν εφαρμοσθεί έγκαιρη και κατάλληλη φυσικοκοθεραπεία (και ειδικώς αποφυγή βίαιων χειρισμών), υπάρχει πιθανότητα μικρά κάκωση να καταλήξει σε βαρειά δυσλειτουργία της αρθρώσεως. Θεωρούνται από τα πλέον δύσκολα κατάγματα του σκελετού, με εν γένει δυσμενή πρόγνωση από απόψεως καταλειπόμενης αναπηρίας. Τα συντριπτικά κατάγματα ευκόλως μεν πωρούνται, πολύ δύσκολα όμως επιτυγχάνεται η ανατομική ανάταξη και συγκράτηση αυτής, με αποτέλεσμα και την εύκολη εμφάνιση μετατραυματικής Ο.Α. Να μη διαλάθει της προσοχής ότι επί καταγμάτων του έσω κονδύλου ή της παρατροχιλίου αποφύσεως, ευκόλως κακούται και το ωλένιο νεύρο (που επίσης δυνατόν επί πωρώσεως σε πλημμελή θέση των δύο ως άνω καταγμάτων να επηρεασθεί λόγω τριβής αυτού επί ανωμάλου επιφανείας στην αύλακά του). Ωσαύτως υπενθυμίζουμε το σοβαρό κίνδυνο εμφανίσεως οστεοποιού μυίτιδας (όπως σε όλες τις κακώσεις του αγκώνος), και ιδιαίτερα επί βιαίων χειρισμών κατά τη διενέργεια της φυσικοθεραπείας. Υπενθυμίζουμε ότι μεγάλο ποσοστό των ως άνω καταγμάτων χειρουργείται. Τα κατάγματα των κονδύλων διακρίνονται σε διακονδύλια, μεσοκονδύλια ή δίκην Τ ή συντριπτικά, μεμονωμένα του έσω ή έξω κονδύλου και σε κατάγματα της παρατροχιλίου ή παρακονδυλίου αποφύσεως.

Διακονδύλια

Σημ. Ενδαρθρικά με αποτέλεσμα τον κίνδυνο εμφανίσεως μετατραυματικής Ο.Α. επί πωρώσεως σε πλημμελή θέση.

- Πωρωθέντα άνευ λετουργικών διαταραχών.......... Δ=0% Α=0%
- Πωρωθέντα σε πλημμελή θέση με εμφάνιση στοιχείων αρχομένης Ο.Α. (μέτρια δυσκινησία της αρθρώσεως, άλγη, κ.λπ.)...... ....Δ=0-5% Α=0-5%
- Πωρωθέντα σε πλημμελή θέση με σοβαρή δυσλειτουργία του αγκώνος, εντόνων αλγών κ.λπ. ....Δ=5-10% Α=5-10%

Επί βαρείας δυσκινησίας του αγκώνος, βλ. υποκεφ. 4.1.9.

Μεσοκονδύλια, δίκην Τ ή συντριπτικά

Το ποσοστό αναπηρίας όπως στην προηγουμένη παράγραφο. (Πάντως έχουν πολύ πτωχή πρόγνωση από απόψεως λειτουργικής αποκαταστάσεως και ιδιαίτερα τα συντριπτικά). Επί περιπτώσεως συγχρόνου κακώσεως νεύρου ή αρτηρίας, προστίθενται τα εκ των ως άνω κακώσεων ποσοστά.

Μεμονωμένα κατάγματα κονδύλων βραχιονίου (έσω ή έξω κονδύλων)

Σημ. Σχετικώς σπάνια. Τα κατάγματα του έξω κονδύλου δυνατόν να εμφανίσουν ψευδάρθρωση, ενώ ειδικώς εκείνα του έσω κονδύλου, δέον όπως πωρωθούν ανατομικώς.(Προς αποφυγή επηρεασμού του ωλενίου νεύρου). Δυνατόν να εμφανισθεί ραιβότητα ή βλαισότητα του κακωθέντος αγκώνος.

- Πωρωθέντα άνευ λειτουργικών διαταραχών ....Δ=0% Α=0%
- Πωρωθέντα σε πλημμελή θέση, με εμφάνιση στοιχείων αρχομένης Ο.Α. χωρίς πίεση του ωλενίου νεύρου .....Δ=0-5% Α=0%

Πωρωθέντα σε πλημμελή θέση με βαρειά δυσκινησία του αγκώνος (βλ. υποκεφ. 4.1.9), ενώ επί επηρεασμού και του ωλενίου νεύρου θα προστεθούν και τα ποσοστά εξ αυτού.

Κατάγματα παρατροχιλίου ή παρακονδυλίου αποφύσεως

Σημ. Σχετικώς σπάνια. Προσοχή για την περίπτωση, που η κατεαγείσα παρατροχίλιος απόφυση ευρίσκεται εντός της αρθρώσεως, με αποτέλεσμα ενίοτε εμπλοκές αυτής (μεγάλη δυσλειτουργία της αρθρώσεως και συν τω χρόνω Ο.Α.) ως και σε ενδεχομένη κάκωση του ωλενίου νεύρου. Αντιθέτως, τα κατάγματα της παρακονδυλίου αποφύσεως, που είναι σπάνια, έχουν καλή πρόγνωση (ακόμα και αν εμφανίσουν ψευδάρθρωση).

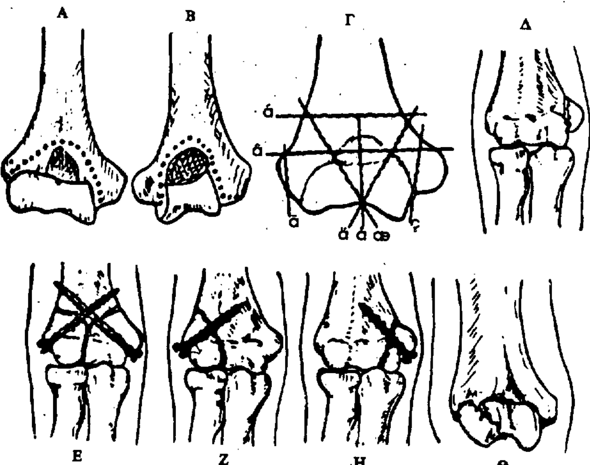
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί των ως άνω καταγμάτων, μόνο η περίπτωση ψευδαρθρωθέντος κατάγματος της παρατροχιλίου αποφύσεως δίδει ΠΑ και εφόσον το κατεαγός τεμάχιο ευρίσκεται εντός της αρθρώσεως και το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από τη δυσκινησία των εμπλοκών της αρθρώσεως ή Ο.Α. ή επηρεασμού του ωλενίου νεύρου.

Σημ. Η ύπαρξη βλαισότητας ή ραιβότητας του αγκώνος, δεν προσδίδει ποσοστό ααναπηρίας πλην και εφόσον πραβλάπτεται το ωλένιο νεύρο (βλαισότητα αγκώνος) οπότε το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από το βαθμό επηρεασμού του νεύρου (Εικ. 4.1.)

Κατάγματα-εξαρθρήματα βραχιονίου κεφαλής

Σημ. Βαρυτάτη κάκωση με δύσκολη θεραπείαν και πολύ βαρειά πρόγνωση. Συχνά συνυπάρχουν και άλλες βλάβες, όπως του βραχιονίου πλέγματος ή της μασχαλιαίας αρτηρίας. Μεταπίπτει είτε στην περίπτωση του αιωρουμένου ώμου (ειδικώς μετά χειρουργική αφαίρεση της βραχιονίου κεφαλής), όπου και θα αναζητηθούν τα ποσοστά αναπηρίας, είτε σε βαρειά δυσκινησία του ώμου εξ ου και το ποσοστό αναπηρίας (βλ. και τις δύο περιπτώσεις υποκεφ. 4.1.9. Μεγάλη σημασία στην εν λόγω κάκωση προς καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας, έχει η μυϊκή ισχύς των κινούντων την άρθρωση μυών και η κινητικότητα του συστοίχου ώμου, που εξαρτάται και από την εφαρμοσθείσα ή μη κατάλληλη και έγκαιρη φυσικοθεραπεία. Λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η ηλικία, το φύλο, το είδος εργασίας, επειδή είναι ευνόητο ότι άτομα άρρενα νεαράς ηλικίας, ασχολούμενα με μη βαρειές χειρωνακτικές εργασίες και εφόσον έχουν υποβληθεί σε κατάλληλη και έγκαιρη Φ/Θ, θα παρουσιάσουν όπως είναι φυσικό, μικροτέρου βαθμού δυσχέρεια στη χρήση του κακωθέντος άρθρου, σε σχέση με άτομα μέσης ή μεγάλης ηλικίας, ασθενικά, και ιδιαίτερα γυναίκες εργαζόμενες σε χειρωνακτικές εργασίες.



Εικόνα 4.1. Α.Β. Με διακεκομμένες γραμμές σημειούνται τα σημεία προσφύσεως του θυλάκου της αρθρώσεως του αγκώνος κατά την οπισθία και προσθία επιφάνεια του κάτω άκρου του βραχιονίου οστού. Γ. Οι γραμμές δείχνουν την πορεία την οποία ακολουθούν συνήθως τα κατάγματα του κάτω άκρου του βραχίονος. α) γραμμή υπερκονδυλίων καταγμάτων, β) διακονδυλίων, γ) παρακονδυλίου αποφύσεως, δ) έσω κονδύλου, ε) η γραμμή ε μετά της α δείχνουν την πορεία των δίκην Τ ή μεσοκονδυλίων καταγμάτων ζ) έξω κονδύλου και η) της παρατροχιλίου αποφύσεως. Δ. Σχεδιάγραμμα κατάγματος παρατροχιλίου αποφύσεως. Ε. Σχεδιάγραμμα ηλώσεως μεσοκονδυλίου ή δίκην V κατάγματος του κάτω βραχιονίου άκρου με δύο κοχλιωτούς ήλους (βίδες). Ζ. Σχεδιάγραμμα ηλώσεως κατάγματος του έξω κονδύλου με ένα κοχλιωτό ήλο (βίδα). Η. Ηλωση κατάγματος του έσω κονδύλου με ένα κοχλιωτό ήλο (βίδα). Θ. Σχεδιάγραμμα που δείχνει κάταγμα μόνο της αρθρικής επιφάνειας του έξω κονδύλου.

4.1.8. Ψευδαρθρώσεις καταγμάτων οστών ωμικής ζώνης και βραχίονος

α) Ψευδάρθρωση καταγμάτων ωμοπλάτης

Σημ. Σπανιώτατη η εμφάνιση ψευδαρθρώσεως σε κατάγματα του σώματος και σπάνια, στα του αυχένος αυτής. Μέριμνα λαμβάνεται προς διατήρηση καλής κινητικότητας της ωμοπλάτης επί του θωρακικού τοιχώματος, όσο και καθολικώς της λειτουργικότητας του συστοίχου ώμου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κάταγμα αυχένος ωμοπλάτης ψευδαρθρωθέν, της ωμογλήνης διατηρουμένης σε καλή σχέση προς το σώμα της ωμοπλάτης, χωρίς άλγη ή ροίζο........Δ=0% Α=0%
- Το ως άνω κάταγμα με απομάκρυνση των κατεαγότων τεμαχίων, ελαφρού ροίζου και ηπίου άλγους........Δ=5% Α=0%

β) Ψευδαρθρώσεις καταγμάτων κλειδός

Σημ. Σπανία και ίσως μόνο μετά επέμβαση τη χρήσει βελόνης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ινώδους πωρώσεως........Δ=0% Α=0%
- Επί χαλαράς ψευδαρθρώσεως........Δ=5% Α=5%

γ) Ψευδαρθρωθέντα κατάγματα βραχιονίου οστού

Σημ. Οι επεμβάσεις τη χρήσει υλικού οστεοσυνθέσεως και οστικών μοσχευμάτων, μείωσαν κατά πολύ την εμφάνιση ψευδαρθρώσεων στα εν λόγω κατάγματα. Κατάγματα άνω-μέσου-κάτω τριτημορίου βραχιονίου οστού, και εμφανίζονται ακτινολογικά στοιχεία πώρου πτωχά και οστεοπορωτικά τα πέρατα αυτών και με μικρού εύρους κινήσεις κατά την εστία του κατάγματος, κλινικώς (καθυστερημένη πώρωση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί 6μηνο........Δ=50-70% Α=50-70% και επανεξέταση
- Γνήσια ψευδάρθρωση στα ως άνω κατάγματα (ακτινολογική σκλήρυνση των περάτων των κατεαγότων τεμαχίων, κινήσεις κατά την εστία του κατάσματος κλινικώς), σε σχέση και με το επάγγελμα........Δ=20-50% Α=15-35%

4.1.9. Δυσκινησία της αρθρώσεως του ώμου

Σημ. Η κατ'ώμον άρθρωση, λόγω της ανατομικής διαμορφώσεως, των συντασσομένων επιφανειών και της χαλαράς συνδέσεως των οστών της ωμικής ζώνης μετά του κορμού εμφανίζει μεγίστη ελευθερία κινήσεων, οι οποίες αυξάνονται έτι περαιτέρω από την προσθήκη των κινήσεων της ωμοπλάτης επί του θωρακικού τοιχώματος. Ετσι, στον ώμο τελούνται κινήσεις περί όλους του άξονες: Προσαγωγή=30°, απαγωγή=150°, πρόσθια κάμψη=90°, οπίσθια κάμψη ή έξω στροφή=90°, έσω στροφή 40°, έκταση=40°, ανάταση (κάμψη του ώμου και στροφή όλης της ωμοπλάτης.περί τον τελευταίο της άξονα)=180° (Εικ.4.2). Ας ληφθεί υπόψη ότι επί δυσκινησίας του ώμου ουδέποτε διαταράσσεται το εύρος κινήσεως σε ένα μόνο άξονα αλλά η διαταραχή είναι σύνθετη. Τέλος, προς καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας επί δυσκινησίας της αρθρώσεως του ώμου, πρέπει να ληφθεί σοβαρώς υπόψη το είδος της εργασίας και η ηλικία του πάσχοντος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ελαφρά δυσκινησία: κάμψη και απαγωγή > 90° και προσαγωγή > 20°........Δ=10% Α=0%
- Μέτρια δυσκινησία: κάμψη και απαγωγή < 90° και προσαγωγή < 20°........Δ=20% Α=15%
- Βαρεία δυσκινησία: περιορισμός απαγωγής και κάμψεως μέχρι 45°........Δ=30% Α=20%

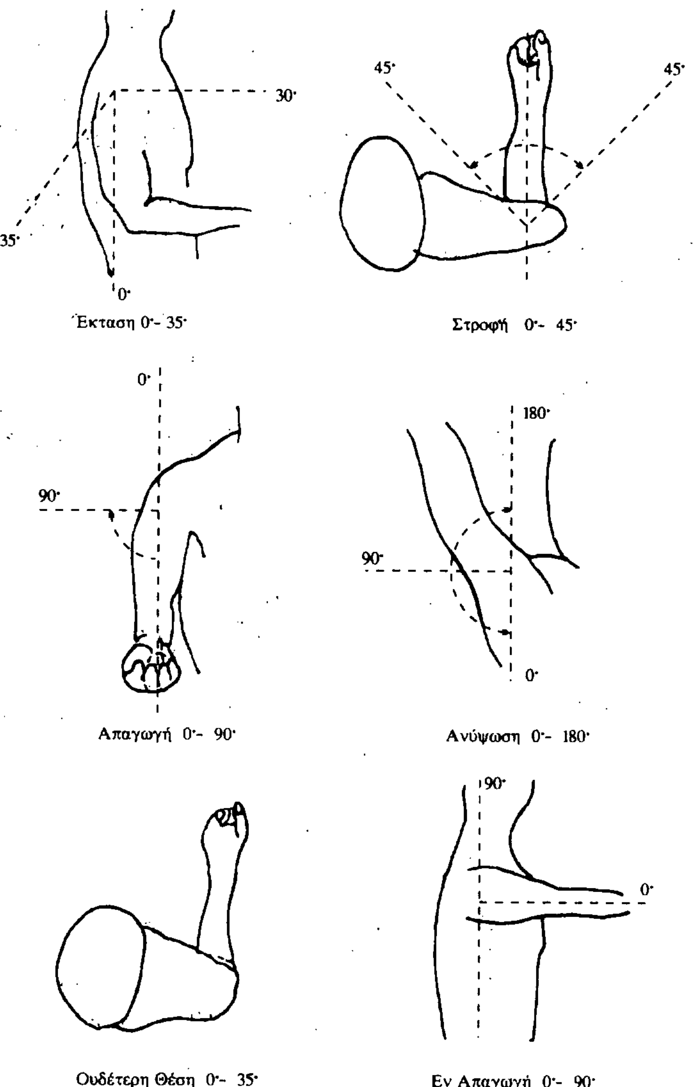
Επί υπάρξεως και αλγών προστίθεται στα ως άνω ποσοστά, και ποσοστό αναπηρίας έως 5%.

Αιωρούμενος ώμος

Επί χειρουργικής αφαιρέσεως της βραχιονίου κεφαλής και μάλιστα σε μεγάλης ηλικίας εξασθενημένα άτομα γυναικείου φύλου, ως και επί βαρειάς παραλύσεως του βραχιονίου πλέγματος, ανευρίσκεται μεγάλη αδυναμία προς εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων της αρθρώσεως του ώμου (αιωρούμενος ώμος).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........Δ=40-50% Α=25-35%

Σημ. Επί προϋπάρξεως αιωρουμένου ώμου πριν γίνει η ασφάλιση του πάσχοντος, υφίσταται μεν ποσοστό ανατομικής όχι όμως και ασφαλιστικής αναπηρίας εκτός επιπλοκής τινός και επιδεινώσεως της καταστάσεως.



Εικ. 4.2. Σχηματική απεικόνιση των διαφόρων κινήσεων της αρθρώσεως του ώμου.

4.1.10. Αγκύλωση-αρθρόδεση της κατ'ώμον αρθρώσεως

Σημ. Προς καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας, λαμβάνεται υπόψη η θέση λειτουργικότητας της αρθρώσεως. Σημαντικά εκτιμάται και η δυνατότητα υπάρξεως ή μη ενεργητικών κινήσεων εκ μέρους της συστοίχου ωμοπλάτης. Ως θέση ευμενούς λειτουργικότητας νοείται αρθρόδεση ή αγκύλωση του ώμου σε κάμψη 30°, απαγωγή 45°, έξω στροφή 20°.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αγκύλωση ή αρθρόδεση σε λειτουργική θέση και με σχετική ενεργητική κινητικότητα της ωμοπλάτης ....Δ=35% Α=30%
- Αγκύλωση ή αρθρόδεση σε ουδέτερη θέση (0°) με σχετική ενεργητική κινητικότητα της συστοίχου ωμοπλάτης ....Δ=40% Α=30%
- Αγκύλωση ή αρθρόδεση σε ουδέτερη θέση χωρίς ενεργητικές κινήσεις της ωμοπλάτης ....Δ=50% Α=40%

4.1.11. Ακρωτηριασμοί στην περιοχή του ώμου-βραχίονος (απεξάρθρωση ωμοπλάτης-ώμου, ακρωτηριασμός άνω-μέσου-κάτω τριτημορίου βραχιονίου)

Σημ. Να ληφθεί σοβαρά υπόψη η ηλικία, το φύλο, το είδος της εργασίας, το μορφωτικό επίπεδο αλλά κυρίως το ψυχολογικό τραύμα και μάλιστα σε νεαρά άτομα. Να μη παραβλεφθεί όμως και το γεγονός της σημερινής δυνατότητας τοποθετήσεως προθέσεων πολύ καταλλήλων και μάλιστα ηλεκτρονικών (βεβαίως το τελευταίο αφορά περισσότερο σε ακρωτηριασμούς κάτω από τον αγκώνα).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απεξάρθρωση ωμοπλάτης ....Δ=80% Α=80%
- Ακρωτηριασμός από τον ώμο ....Δ=80% Α=80%
- Ακρωτηριασμός βραχιονίου οστού:
  άνω τριτημορίου..........Δ=67% Α=67%
  μέσου τριτημορίου..........Δ=60% Α=60%
  κάτω τριτημορίου..........Δ=60% Α=60%

4.1.12. Αρθρίτιδα ώμου (μετατραυματική μικροβιακή)

Σημ. Βαρειές κακώσεις του ώμου και ιδιαίτερα κατάγματα της κεφαλής του βραχιονίου, της ωμογλήνης και ενίοτε του ακρωμίου, πωρωθέντα σε πλημμελή θέση, δυνατόν να καταλήξουν σε μετατραυματική αρθρίτιδα (όπως σε όλα τα ενδαρθρικά κατάγματα). Πάντως, λόγω της ευρυχωρίας της αρθρώσεως, η μετατραυματική αρθρίτιδα του ώμου είναι σχετικώς σπάνια. Το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από το εύρος κινητικότητας της αρθρώσεως, των αλγών, του είδους εργασίας και της ηλικίας του πάσχοντος (προς τούτο βλ. υποκεφ. 4.1.9) ενώ επί μετρίων ή εντόνων αλγών προστίθεται και ποσοστό από 5% έως 10%.

Μικροβιακές αρθρίτιδες του ώμου

Σημ. Η εντόπιση μικροβιακής φλεγμονής στην άρθρωση του ώμου είναι σπάνια πλην της TBC (Λόγω της χαρακτηριστικής πορείας της και των κλινικών και ακτινολογικών ευρημάτων της, στο παρόν κεφάλαιο δίδουμε μερικά στοιχεία της TBC ώμου). Η εξέλιξη εξαρτάται σαφώς από την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία. Γενικώς εμφανίζεται μικρού έως μετρίου βαθμού ατροφία των περί την άρθρωση μυών, ήπια άλγη, ενώ κατά τον ακτινολογικό έλεγχο κατ'αρχήν ανευρίσκεται οστεοπόρωση, ακολουθεί στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος και επί περιπτώσεων ουδόλως ή πλημμελώς αντιμετωπισθεισών, φθορά και καταστροφή των αρθρικών επιφανειών, που συμβαδίζει με κλινική δυσκινησία της αρθρώσεως. Επί καταλλήλου θεραπευτικής αγωγής, η άρθρωση εμφανίζει από καλή (ανεκτή) έως και σε φυσιολογικά όρια κινητικότητα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί θεραπευθείσας TBC χωρίς ιδιαίτερες οστικές καταστροφές, με κινητικότητα που πλησιάζει τη φυσιολογική .... Δ=5% Α=5%
- Επί μετρίας δυσκινησίας, ακτινογραφικής οστεοπορώσεως, στενώσεως του μεσαρθρίου διαστήματος, ηπίων εως μετρίων αλγών (σπανιώτατο) και αναλόγως του επαγγέλματος .... Δ=10-15% Α=10-15%
- Επί βαρείας δυσκινησίας ή και αγκυλώσεως της αρθρώσεως, βλ. υποκεφ. 4.1.9. και 4.1.10).

4.2. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΓΚΩΝΟΣ - ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟΥ

4.2.1. Εξάρθρημα του αγκώνος-παραμελημένο

Το εξάρθρημα του αγκώνος αναλόγως της θέσεώς του διακρίνεται σε οπίσθιο (το πλέον σύνηθες), οπισθιοπλάγιο (σπανιότερο), αμφότερα αμιγή ή με συνοδό κάταγμα κεφαλής κερκίδας ή κορωνοειδούς, πρόσθιο (εξαιρετικά σπάνιο) και σχεδόν ποτέ αμιγές. Θεραπεία: Αμεση ανάταξη με ήπιους χειρισμούς και με γενική νάρκωση. Επιπλοκές: α) Κακώσεις αγγείων και νεύρων. β) Δυσκαμψία λόγω ένδο- και περιαρθρικών συμφύσεων. γ) Οστεοποιός μυΐτιδα. Εφόσον δεν υπάρχουν επιπλοκές μετά από αναταχθέν εξάρθρημα αγκώνος, ο χρόνος αποθεραπείας υπολογίζεται σε 2-4 μήνες.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=0% Α=0%

- Επί επιπλοκών με νευρολογική μόνιμη βλάβη αναλόγως των Π.Α. τα οποία δίδουν οι νευρολογικές αυτές βλάβες.
- Επί επιπλοκών δυσκαμψίας κύρια στοιχεία που εκτιμώνται είναι το εύρος κινητικότητας, το άλγος στην περιοχή του αγκώνος και η μυϊκή ατροφία του βραχίονος. Στο εύρος κινητικότητας συνυπολογίζονται ο βαθμός περιορισμού κάμψεως - εκτάσεως του αγκώνος (Φ.Τ. 150°-0°) και υπτιασμού - πρηνισμού της άκρας χειρός (Φ.Τ. 90°). Για τον ακριβή προσδιορισμό των ποσοστών βλ. υποκεφ. 4.2.8.
- Επί επιπλοκής οστεοποιού μυΐτιδας αναλόγως του βαθμού μόνιμης δυσκαμψίας που θα παραμείνει μετά την όποια συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση αυτής ως στον παραπάνω αναφερόμενο πίνακα.

  [Παραμελημένο θεωρείται το μη αναταχθέν εξάρθρημα του αγκώνος και η λειτουργικότητα του αγκώνος θα κριθεί σύμφωνα με το βαθμό δυσκαμψίας που έχει παραμείνει. Προσδιορισμός ποσοστών αναπηρίας ως ανωτέρω].

4.2.2. Κάταγμα κεφαλής κερκίδος - εκτομή κεφαλής κερκίδος

Πρακτικώς διακρίνονται σε ρωγμώδη, διαχωριστικά και συντριπτικά. Τα ρωγμώδη κατάγματα συνήθως δεν καταλείπουν αναπηρία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα διαχωριστικά και τα συντριπτικά μετά την πώρωσή τους και επί περιορισμού της κινητικότητας του αγκώνος και της άκρας χειρός (υπτιασμός-πρηνισμός) λόγω δευτερογενούς μετατραυματικής αρθρίτιδας. .... Δ=15% Α=10%

Επί βαρυτέρων υπολειμματικών καταστάσεων τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται σύμφωνα με την υπάρχουσα δυσκινησία του αγκώνος συνυπολογιζομένων και των ποσοστών λόγω πιθανών συνυπαρχουσών νευρικών και μυϊκών βλαβών (βλ. υποκεφάλαια: 4.2.8/4.4.1/4.4.4). Εκτομή της κεφαλής της κερκίδος γίνεται απαραιτήτως στα συντριπτικά κατάγματα αυτής και στα διαχωριστικά εάν δεν είναι δυνατή η οστεοσύνθεσή τους. Τα ποσοστά ανικανότητας καθορίζονται σύμφωνα με την υπάρχουσα δυσκινησία του αγκώνος και πιθανών νευρικών ή και μυϊκών βλαβών ως ανωτέρω.

4.2.3. Κάταγμα ωλεκράνου

Τρεις είναι οι τύποι καταγμάτων ωλεκράνου: ρωγμώδη, με εφεκτόπιση και συντριπτικά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους πωρώσεως σε καλή θέση και μικρού μόνο βαθμού περιορισμό της κινήσεως (παραμένον εύρος κινήσεως 130°) .... Δ=5% Α=3%
- Επί παρουσίας ινώδους πώρου με περιορισμό της ενεργητικής εκτάσεως και λιγότερο της κάμψεως (παραμένον εύρος κινήσεως 130°) .... Δ=8% Α=6%
- Επί παρουσίας υπολειμματικής κινητικότητας του αγκώνος, νευρικών βλαβών και μυϊκών ατροφιών τα ποσοστά ανικανότητας καθορίζονται όπως στους πίνακες (βλ. υποκεφάλαια: 4.2.8, 4.4.1, 4.4.4).

4.2.4. Κατάγματα των οστών του αντιβραχίου (ενός ή αμφοτέρων)

Αφορούν κατάγματα της κερκίδας και της ωλένης ή καθενός εκ των ανωτέρω οστών ξεχωριστά. Το παρόν κεφάλαιο αναφέρεται στα κατάγματα της διαφύσεως των οστών αυτών. Επί μονίμων βλαβών το ποσοστό αναπηρίας είναι ανάλογο του ποσοστού δυσλειτουργίας των αρθρώσεων του αγκώνος της πηχεοκαρπικής και των δακτυλικών αρθρώσεων (ΜΚΦ & ΦΦ), συνυπολογιζομένης και της πωρώσεως του κατάγματος ως κατωτέρω.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί παρουσίας ανωμάλου και υπερπλαστικού πώρου, πλάγιας ή ραχιαίας εφιππεύσεως και εφόσον δεν υπάρχει γωνίωση μεγαλύτερη των 15° .... Δ=0% Α=0%
- Με γωνίωση μεγαλύτερη των 15° .... Δ=5% Α=0%
- Επί βραχύνσεως των κατεαγότων οστών με βράχυνση μικρότερη των 3 εκ. .... Δ=0% Α=0%
- Με βράχυνση μεγαλύτερη των 3 εκ. .... Δ=5% Α=5%.
- Επί ψευδαρθρώσεως των οστών του αντιβραχίου βλ. υποκεφάλαιο 4.2.7.

4.2.5. Κάταγμα Monteggia - Galeazzi

- Κάταγμα - εξάρθρημα Monteggia είναι ο συνδυασμός κατάγματος μέσου ή άνω τριτημορίου της ωλένης μετά εξαρθρήματος της κεφαλής της κερκίδος συνοδευόμενο από κάταγμα ή όχι της κερκίδος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ευνοϊκού θεραπευτικού αποτελέσματος....Δ=0-5% Α=0-5%

Το αυτό ισχύει και για τα: Κάταγμα ισοδύναμο Monteggia τύπος (I) Κάταγμα ισοδύναμο Monteggia τύπος (II). Επί επιπλοκών εκ του αγκώνος, των μυών και των νεύρων βλ. υποκεφάλαια 4.2.8, 4.4.1, 4.4.4.

- Κάταγμα εξάρθρημα Galeazzi είναι ο συνδυασμός κατάγματος κάτω τριτημορίου κερκίδος με ταυτόχρονη ρήξη της κάτω κερκιδωλενικής. Ποσοστά ανικανότητας όπως στα κατάγματα κερκίδος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους πωρώσεως .... Δ=0% Α=0%
- Επί ψευδαρθρώσεως .... Δ=30% Α=25%

4.2.6. Κατάγματα κάτω επιφύσεως κερκίδος (Colles - Smith)

1. Κάταγμα σε περιφερικό τμήμα της κερκίδος με ραχιαία

παρεκτόπιση (συνήθως συνυπάρχει και κάταγμα της στυλοειδούς αποφύσεως της ωλένης) (Colles).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί παρουσίας μικράς δυσχέρειας των κινήσεων του καρπού, του πρηνισμού και υπτιασμού της χειρός ....Δ=0-5% Α=0-3%
- Επί παρουσίας σοβαροτέρων υπολειμμάτων εκ του κατάγματος στη λειτουργία της πηχεοκαρπικής και των αρθρώσεων των δακτύλων, ποσοστά ανικανότητας σύμφωνα με το βαθμό λειτουργικότητας αυτών. Βαρεία δυσκινησία του καρπού.
  - Της άκρας χειρός ευρισκομένης εν ευθυάσει Δ=10% Α=8%
  - Της άκρας χειρός ευρισκομένης εν ραχιαία κάμψει.................. .... Δ=15% Α=12%
  - Της άκρας χειρός ευρισκομένης εν παλαμιαία κάμψει .... Δ=20% Α=15%

2. Κάταγμα σε περιφερικό τμήμα της κερκίδος με παλαμιαία παρεκτόπιση. Smith. Ποσοστά αναπηρίας ως επί καταγμάτων Colles. Πρέπει να σημειωθεί ότι εάν στα ως άνω κατάγματα εμπεριέχεται και τμήμα της αρθρώσεως (ενδαρθρικά) το ποσοστό αναπηρίας θα επηρεαστεί και από την πιθανή ανάπτυξη μετατραυματικής αρθρίτιδας.

4.2.7. Ψευδαρθρώσεις καταγμάτων των οστών του αντιβραχίου

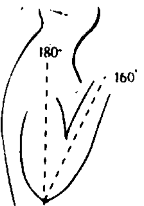
Οι ψευδαρθρώσεις των καταγμάτων των οστών του αντιβραχίου δυνατόν να αντιμετωπισθούν χειρουργικώς με τοποθέτηση υλικών οστεοσυνθέσεως και οστικών μοσχευμάτων, αντιμετώπιση η οποία συχνά αποδίδει άριστα ανατομικά και λειτουργικά αποτελέσματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ψευδαρθρώσεως αμφοτέρων των οστών του αντιβραχίου .... Δ=40% Α=30%
- Επί ψευδαρθρώσεως της ωλένης με λειτουργικά επακόλουθα .... Δ=25% Α=15%
- Επί ψευδαρθρώσεώς της κερκίδος με λειτουργικά επακόλουθα........................ Δ=30% Α=25%

4.2.8. Δυσκινησία των αρθρώσεων του αγκώνος (περιλαμβανομένου του πρηνισμού-υπτιασμού)

Για την εκτίμηση του βαθμού ανικανότητας θα πρέπει να συνυπολογίζεται επί της δυσχέρειας κάμψεως - εκτάσεως του αγκώνος και η δυσχέρεια πρηνισμού - υπτιασμού αυτού (Εικ. 4.3).



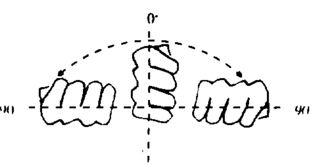
Εικ. 4.3.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί φυσιολογικού υπτιασμού - πρηνισμού:

- Επί ελαφράς δυσκινησίας με εύρος κινήσεως του πήχεως από 0°-110° .... Δ=5% Α=4%
- Επί εύρους κινήσεως από 30°-135° .... Δ=10% Α=8%
- Επί εύρους κινήσεως από 45°-145° .... Δ=10% Α=8%
- Επί εύρους κινήσεως από 45°-110° .... Δ=15% Α=12%
- Επί εύρους κινήσεως από 60°-100° .... Δ=20% Α=16%
- Επί εύρους κινήσεως από 0°-60° .... Δ=30% Α=24%
- Επί εύρους κινήσεως από 0°-45° .... Δ=40% Α=35%

Επί φυσιολογικού εύρους κάμψεως-εκτάσεως (110°-45°) όσον αφορά το ποσοστό αναπηρίας αναλόγως του περιορισμού του υπτιασμού και πρηνισμού υπολογίζεται ως εξής (Εικ. 4.4):



Πρηνισμός - Υπτιασμός 0°- 90° (Φ.Τ.)

Εικ. 4.4.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί ελαττώσεως του πρηνισμού κατά 40°.................Δ=5% Α=4%
- Επί ελαττώσεως του υπτιασμού κατά 40°.................Δ=5% Α=4%
- Επί καταργήσεως του υπτιασμού, διατηρουμένου του πρηνισμού.................Δ=7% Α=5%
- Επί καταργήσεως του πρηνισμού, διατηρουμένου του υπτιασμού.................Δ=10% Α=8%
- Επί καταργήσεως πρηνισμού και υπτιασμού της χειρός ευρισκομένης σε ενδιάμεση θέση λειτουργίας ...Δ=15% Α=10%
- Επί καταργήσεως του υπτιασμού της χειρός ευρισκομένης εν πρηνισμώ.................Δ=20% Α=15%
- Επί καταργήσεως του πρηνισμού της χειρός ευρισκομένης εν υπτιασμώ.................Δ=35% Α=25%

4.2.9. Αγκύλωση-αρθρόδεση αγκώνος και πηχεοκαρπικής

Ο βαθμός ανικανότητας επί αγκυλώσεως ή αρθροδέσεως του αγκώνος είναι ανάλογος της θέσεως (λειτουργικής ή όχι) την οποία κατέχει το αντιβράχιο ως προς τον βραχίονα. Η ευμενέστερη γωνία αγκυλώσεως - αρθροδέσεως του αγκώνος είναι η γωνία των 90°-110° και η πλέον λειτουργική ικανότητα στο άνω άκρο αποδίδεται όταν η πηχεοκαρπική ευρίσκεται σε ουδέτερη θέση (0°) αρθροδέσεως ή αγκυλώσεως εφόσον συνυπάρχει πάθηση αυτής. Ετσι έχουμε:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μεμονωμένη αγκύλωση-αρθρόδεση του αγκώνος με μη διαταραγμένη τη λειτουργία της πηχεοκαρπικής. Θέση αγκυλώσεως - αρθροδέσεως
  0°-40°.................Δ=40% Α=35%
  40°-90°.................Δ=35% Α=30%
  90°-110°.................Δ=30% Α=25%
  110°-130°.................Δ=35% Α=30%
  130°-150°.................Δ=40% Α=35%
- Αγκώνας σε θέση αγκυλώσεως - αρθροδέσεως 90°-110°
  Πηχεοκαρπική σε ουδέτερη θέση 0°.................Δ=30% Α=25%
  Πηχεοκαρπική σε θέση πρηνισμού >45°.................Δ=35% Α=30%
  Πηχεοκαρπική σε θέση υπτιασμού >45°.................Δ=40% Α=35%
- Αγκώνας σε θέση αγκυλώσεως - αρθροδέσεως 120°-135°
  Πηχεοκαρπική σε ουδέτερη θέση 0°.................Δ=40% Α=35%
  Πηχεοκαρπική σε θέση πρηνισμού >45°.................Δ=45% Α=40%
  Πηχεοκαρπική σε θέση υπτιασμού >45°.................Δ=50% Α=45%
- Αγκώνας σε θέση αγκυλώσεως - αρθροδέσεως 20°-45o
  Πηχεοκαρπική σε ουδέτερη θέση 0°.................Δ=45% Α=40%
  Πηχεοκαρπική σε θέση πρηνισμού >45°.................Δ=50% Α=45%
  Πηχεοκαρπική σε θέση υπτιασμού >45°.................Δ=55% Α=50%

4.2.10. Ακρωτηριασμοί αντιβραχίου (απεξάρθρωση αγκώνος - άνω, μέσου και κάτω τριτημορίου αντιβραχίου)

(Λαμβάνεται υπόψη πάντα η ποιότητα του κολοβώματος και η δυνατότητα εφαρμογής προθετικού μέλους).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Επί απεξαρθρώσεως του αγκώνος.................Δ=60-70% Α=50-60%

Για τον καθορισμό του ποσοστού ανικανότητας επί ακρωτηριασμού του αντιβραχίου κάτω από τον αγκώνα (άνω - μέσου ή κάτω τριτημορίου) μεγάλη σημασία έχει εάν ο ακρωτηριασμός είναι πάνω ή κάτω από τις καταφύσεις του δικεφάλου βραχιονίου μυός.

[Ο κερκιδικός τένοντας καταφύεται στο κερκιδικό (δικεφαλικό) όγκωμα και ο ωλένιος ισοϋψώς στο έσω τμήμα της περιτονίας του πηχέως].

Καθορίζουμε έτσι ως άνω τριτημόριο το τμήμα του αντιβραχίου από τον αγκώνα έως και το σημείο καταφύσεως του δικεφάλου βραχιονίου μυός, μέσο τριτημόριο το τμήμα περιφερικότερα της καταφύσεως του δικεφάλου μυός έως και 8 εκατοστά προ του κάτω πέρατος της κερκίδος και κάτω τριτημόριο το τμήμα του κάτω πέρατος της κερκίδος έως και 8 εκατοστά κεντρικώτερα από το κάτω πέρας της κερκίδος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Ακρωτηριασμός σε:
- άνω τριτημόριο.................Δ=60-70% Α=50-60%
- μέσο τριτημόριο.................Δ=45-55% Α=35-45%
- κάτω τριτημόριο.................Δ=45-55% Α=35-45%

4.2.11. Αρθρίτιδα του αγκώνος (μετατραυματική - ρευματοειδής - φυματιώδης κ.λπ.)

Η αρθρίτιδα του αγκώνος είναι παθολογική κατάσταση η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσκαμψία της αρθρώσεως

του μετά συνοδού άλγους ή και να καταλήξει στην χειρουργική
- θεραπεία εκλογής - αρθροδεσία του.
- Τα ποσοστά ανικανότητας επί μονίμου δυσκαμψίας έχουν όπως στο κεφάλαιο 4.2.8.
- Τα ποσοστά ανικανότητας επί αρθροδεσίας έχουν όπως στο κεφάλαιο 4.2.9.

4.2.12. Αρθροπλαστική του αγκώνος

Προκειμένου να αντιμετωπισθούν παθολογικές καταστάσεις δυσλειτουργίας του αγκώνος, τραυματικές ή μή, μέθοδος των τελευταίων ετών είναι η αρθροπλαστική του αγκώνος.

Υπάρχουν δύο τύποι ολικών αρθροπλαστικών αγκώνος.
- Τύπος (Ι) ημιπεριοριστικός ή (μεντεσέ).
- Τύπος (ΙΙ) μη περιοριστικός (τριαξονική πρόθεση).

Και για τους δύο τύπους υπάρχει πλήθος επιπλοκών και το μέγιστο εύρος κινήσεων του αγκώνος δεν ξεπερνά τις 60°.

Τα ποσοστά ανικανότητας καθορίζονται αναλόγως του επιπέδου ανακτήσεως της λειτουργίας της αρθρώσεως του αγκώνος όπως στο κεφάλαιο 4.2.8. προσθέτοντας και ποσοστό αναπηρίας 20% λόγω της υπάρχουσας αρθροπλαστικής.

4.3. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΗΧΕΟΚΑΡΠΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

4.3.1. Κατάγματα σκαφοειδούς

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι από τα πλέον συνήθη κατάγματα του καρπού. Λόγω της ιδιάζουσης αιματώσεως αυτού στα κατάγματα του κεντρικού πόλου ελοχεύει ο κίνδυνος της ψευδαρθρώσεως και ασήπτου νεκρώσεως, κατάσταση που θα οδηγήσει σε ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας του καρπού.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Τα μόνα ενοχλήματα που δυνατόν να υπάρχουν οφείλονται στη μακρά ακινητοποίηση που απαιτείται για την πλήρη πώρωση (45-60 ημέρες). Αυτά είναι ήπια δυσκινησία του καρπού ή και του αντίχειρος και ελαφρά έκπτωση της μυϊκής ισχύος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Με την προϋπόθεση της πλήρους πωρώσεως η κάκωση αυτή δεν καταλείπει μόνιμη αναπηρία, έτσι ώστε οι διάφοροι ασφαλιστικοί παράγοντες όπως ηλικία, επάγγελμα και μορφωτικό επίπεδο να μην έχουν ιδιαίτερη σημασία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.............................. Δ=0-10% Α=0-5% από της πωρώσεως του κατάγματος για περίπου 6 μήνες, πέραν των οποίων δεν υφίσταται ποσοστό αναπηρίας.

2ο Επίπεδο

Ενίοτε τα κατάγματα του σκαφοειδούς καταλήγουν σε ψευδάρθρωση του κατεαγότος τμήματος του οστού και άσηπτο νέκρωση αυτού, κατάσταση που θα οδηγήσει σε ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας της πηχεοκαρπικής. Αν βρισκόμαστε στο στάδιο της ψευδαρθρώσεως ή και της ασήπτου νεκρώσεως χωρίς στοιχεία οστεοαρθρίτιδας τα συμπτώματα θα αφορούν μία ήπια δυσκινησία του καρπού συνοδευόμενη από άλγος.

Ακτινογραφικώς διαπιστούται η ψευδάρθρωση και αν πρόκειται περί ασήπτου νεκρώσεως πύκνωση του κατεαγότος τμήματος του οστού και πιθανόν και ελάττωση του μεγέθους αυτού.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση δύναται να αντιμετωπισθεί χειρουργικά με καλή εξέλιξη, αλλιώς πως θα οδηγηθούμε σε ανάπτυξη αρθρίτιδας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=10-15% Α=5-15% για 1 χρόνο, πέραν του οποίου το Π.Α. θα εξαρτηθεί από την ανάπτυξη της οστεοαρθρίτιδας.

3ο Επίπεδο

Επί ψευδαρθρώσεως με στοιχεία οστεοαρθρίτιδας - οστεοπωρώσεως, σημαντικής επώδυνου δυσκινησίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=10-25% Α=15-20%

4.3.2. Περιμηνοειδές εξάρθρημα, εξάρθρημα μηνοειδούς - άσηπτη νέκρωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σοβαρή κάκωση του καρπού. Ιδιαίτερη σημασία έχει η πρώιμη ανάταξη, λόγω της πιέσεως, την οποία ασκεί το εξαρθρωθέν μηνοειδές επί του μέσου νεύρου και του κινδύνου της ασήπτου νευρώσεως του ιδίου μηνοειδούς, κατάσταση η οποία θα οδηγήσει σε ανάπτυξη αρθρίτιδας της πηχεοκαρπικής. Είναι δυνατόν στην ίδια κάκωση να συνυπάρχει και κάταγμα του σκαφοειδούς οστού οπότε η πρόγνωση καθίσταται δυσμενέστερη.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά-Εργαστηριακά ευρήματα

Επί εγκαίρου ανατάξεως του εξαρθρήματος δυνατόν ο ασφαλισμένος να αιτιάται ήπια δυσκινησία του καρπού.
Ο ακτινολογικός έλεγχος δεν παρουσιάζει παθολογικά ευρήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή. Δεν καταλείπεται μόνιμος αναπηρία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=0-10% Α=0-5% για 6 μήνες πέραν των οποίων δεν υφίσταται ποσοστό αναπηρίας.

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί παραμελημένου εξαρθρήματος και πιέσεως του μέσου νεύρου ο ασφαλισμένος αιτιάται αιμωδία στην περιοχή κατανομής του μέσου νεύρου, δυνατόν δε και καυσαλγία. Κλινικώς διαπιστώνεται έκπτωση της μυϊκής ισχύος στην κατανομή του μέσου νεύρου πιθανόν δε και ατροφία του θέναρος.

Εργαστηριακά ευρήματα

Από τον ΗΜΓ/κό έλεγχο προκύπτουν παθολογικά στοιχεία που αφορούν το μέσο νεύρο. Ακτινολογικώς διακρίνεται το εξαρθρωθέν μηνοειδές ή το περιμηνοειδές εξάρθρημα. Πιθανόν να υπάρχουν και στοιχεία αρχομένης νεκρώσεως του μηνοειδούς.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι δυσμενής αν η κατάσταση δεν αντιμετωπισθεί χειρουργικώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=10-20% Α=5-15% για 1 χρόνο, πέραν του οποίου θα πρέπει να εκτιμηθεί το Π.Α. αναλόγως της καταστάσεως του μέσου νεύρου ή την πιθανή ανάπτυξη άσηπτης νεκρώσεως του μηνοειδούς.

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί χρονισάσης εξαρθρώσεως του μηνοειδούς μετά πιέσεως του μέσου νεύρου, εμφανίζεται δυσλειτουργία των υπ' αυτού νευρουμένων μυών (δακτύλων), δυσκινησία καρπού, οστεοπόρωση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα δυσμενής. Επί βαρείας βλάβης του μέσου νεύρου που έχει καταστεί χρονία δεν αναμένεται βελτίωση. Οι παράγοντες επάγγελμα και ηλικία πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Η δυσχέρεια είναι μεγαλύτερη στα επαγγέλματα που απαιτούν ιδιαίτερη δεξιότητα του αντίστοιχου καρπού συνδυασμένη με άσκηση δύναμης εξ αυτού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... Δ=20-30% Α=20-25% [1-2 χρόνια]

4.3.3. Ασηπτη νέκρωση μηνοειδούς

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ενίοτε το μηνοειδές υφίσταται άσηπτη νέκρωση χωρίς προηγηθείσα κάκωση. Η αιτιολογία είναι ποικίλη και πολλές φορές αδιευκρίνιστη. Η κατάσταση αυτή με την πάροδο του χρόνου θα οδηγήσει στην ανάπτυξη αρθρίτιδας της πηχεοκαρπικής. Δυνατόν για κάποιο χρονικό διάστημα να μην υπάρχουν κλινικά ευρήματα παρά μόνον ακτινολογικά (πύκνωση του μηνοειδούς και ελάττωση του μεγέθους του). Σ' αυτό το στάδιο η αναπηρία δεν είναι αξιόλογη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..Δ=5-10% Α=0-5%

Επι αναπτύξεως αρθρίτιδας της πηχεοκαρπικής η εξ αυτής προκύπτουσα αναπηρία θα αξιολογηθεί σύμφωνα με το αντίστοιχο κεφάλαιο.

4.3.4. Κατάγματα λοιπών οσταρίων του καρπού

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα κατάγματα των λοιπών οσταρίων του καρπού είναι σπάνια. Αντιμετωπίζονται δια βραχυχρονίου ακινητοποιήσεως.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Ενίοτε συναντώνται αιτιάσεις του τύπου της ήπιας δυσκινησίας του καρπού.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή. Η ανικανότητα είναι πρόσκαιρη και οι διάφοροι ασφαλιστικοί παράγοντες δεν παίζουν ρόλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..Δ=0-10% Α=0-5%

για 6 μήνες πέραν των οποίων δεν υφίσταται ποσοστό αναπηρίας.

Επί συνυπάρξεως οστεοπορώσεως τύπου Sudeck στα εκ των προηγουμένων καταστάσεων προκύπτοντα ποσοστά αναπηρίας προστίθεται το από το αντίστοιχο κεφάλαιο προκύπτον ποσοστό.

4.3.5. Κάταγμα Bennet

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πρόκειται για κάταγμα τμήματος της αρθρικής βάσεως του 1ου μετακαρπίου το οποίο παραμένει στη θέση του, ενώ το σύνολο του μετακαρπίου εξαρθρούται προς τα έξω. Θεραπεία: Χειρουργική - Συντηρητική.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί καλής πωρώσεως του κατάγματος δυνατόν ο ασφαλισμένος να αιτιάται ήπιο άλγος στη βάση του αντίχειρα και ελαφρά δυσχρησία αυτού.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή. Δεν καταλείπεται μόνιμη αναπηρία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..Δ=0-10% Α=0%-5%

από της πωρώσεως για 6 μήνες πέραν των οποίων δεν υφίσταται ποσοστό αναπηρίας.

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Πλημμελούς ανατάξεως και συγκρατήσεως ή επί παραμελημένου παλαιού κατάγματος ο ασφαλισμένος αιτιάται μεγάλη επώδυνο δυσκινησία του αντίχειρα. Κλινικώς διαπιστώνουμε επώδυνο περιορισμό της κινητικότητας του αντίχειρα και παραμόρφωση της ΚΜΚ αρθρώσεως.

Εργαστηριακά ευρήματα

Ακτινολογικώς διακρίνονται στοιχεία αναπτύξεως μετατραυματικής αρθρίτιδας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως καλή λόγω της ανάπτυξης της μετατραυματικής αρθρίτιδας. Το επάγγελμα και η ηλικία έχουν σημασία ως ασφαλιστικοί παράγοντες. Η δυσχέρεια είναι μεγαλύτερη στα επαγγέλματα που απαιτούν ελεύθερη κινητικότητα του αντίχειρα και πλήρη μυϊκή ισχύ αυτού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..Δ=10-20% Α=5-10%

4.3.6. Κατάγματα μετακαρπίων

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αρκετά συχνά κατάγματα, συνηθέστερο των οποίων είναι το υποκεφαλικό του 5ου μετακαρπίου. Αντιμετωπίζονται συνήθως συντηρητικά.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως όταν αυτά τα κατάγματα πωρωθούν σε ικανοποιητική θέση ο ασφαλισμένος δε αιτιάται για τίποτα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή. Δεν καταλείπεται μόνιμη αναπηρία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 0% άμφω

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί παραμελημένων καταγμάτων πωρωθέντων σε πλημμελή θέση ή επί ψευδαρθρώσεως ο ασφαλισμένος αιτιάται ήπια δυσχρησία της άκρας χειρός.

Εργαστηριακά ευρήματα

Ακτινολογικώς διαπιστώνεται η πλημμελής θέση πωρώσεως του μετακαρπίου πιθανόν και ευμεγέθης πώρος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή. Ο παράγοντας επάγγελμα και ηλικία λόγω της καλής προγνώσεως δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 0-5% άμφω

Επί καταγμάτων περισσοτέρων του ενός μετακαρπίου .... Δ=5-15% Α=5-10%

4.3.7. Κατάγματα φαλάγγων χειρός

Συχνά και καλής προγνώσεως κατάγματα που αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Ιδιαιτερότητα παρουσιάζουν όσα από τα κατάγματα της ονυχοφόρου φάλαγγος, συνοδεύονται με απόσπαση εκτείνοντος τένοντος του δακτύλου με αποτέλεσμα σφυροδακτυλία. Δεν καταλείπουν μόνιμη αναπηρία. Επί καταγμάτων φάλαγγος ενός ή περισσοτέρων δακτύλων ή επί παραμελημένων ή πωρωθέντων σε πλημμελή θέση η εκτίμηση της αναπηρίας πρέπει να γίνεται βάσει της δυσκινησίας ή αγκυλώσεως ενδεχομένως των φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων και της αναλόγου δυσχρησίας και εκπτώσεως της συλληπτικής ικανότητας της άκρας χειρός.

4.3.8. Ψευδάρθρωση δακτυλικών φαλάγγων

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Επί καταγμάτων των δακτυλικών φαλάγγων δυνατόν να προκύψει ψευδάρθρωση επί ατελούς ακινητοποιήσεως ή επί παραμελημένων καταγμάτων. Μεγαλύτερη σημασία έχουν οι ψευδαρθρώσεις του αντίχειρα και του δείκτη λόγω του επηρεασμού της συλληπτικής ικανότητος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Οι αιτιάσεις αφορούν ήπια δυσχρησία του συγκεκριμένου δακτύλου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν καταλείπεται άξια λόγου αναπηρία ανεξάρτητα από τους διάφορους ασφαλιστικούς παράγοντες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ψευδαρθρώσεις ονυχοφόρου φάλαγγος ανεξαρτήτως δακτύλου .... 0% άμφω
- Σε ψευδαρθρώσεις της βασικής φάλαγγος του αντίχειρα ή μιας των δύο φαλάγγων του δείκτη .... Δ=0-5% Α=0-3%
- Σε ψευδαρθρώσεις μιας των λοιπών φαλάγγων .... 0-3% άμφω
- Σε ψευδαρθρώσεις περισσοτέρων της μιας φάλαγγος των λοιπών δακτύλων για ένα έκαστο δάκτυλο 3-5%
- Επί συνδυασμού ψευδαρθρώσεως αντίχειρα και δείκτη .... 5%-10% άμφω

4.3.9. Εξαρθρήματα μετακαρπιοφαλαγγικών και φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων

Πρόκειται περί εξαρθρημάτων τα οποία αν αναταχθούν και συγκρατηθούν έγκαιρα και ικανοποιητικά έχουν πολύ καλή πρόγνωση και δεν καταλείπουν μόνιμη αναπηρία. Επί παραμελημένων εξαρθρημάτων προκύπτει δυσκινησία της συστοίχου αρθρώσεως και η εκτίμηση της αναπηρίας θα πρέπει να γίνει βάσει του αντιστοίχου κεφαλαίου περί δυσκινησίας.

4.3.10. Αρθρίτιδα πηχεοκαρπικής

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

- Μετατραυματικής αιτιολογίας κατόπιν καταγμάτων περιοχής καρπού ή ασήπτου νεκρώσεως σκαφοειδούς ή μηνοειδούς.
- Στα πλαίσια εκφυλιστικής αρθροπαθείας στις μεγάλες ηλικίες.
- Στα πλαίσια ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ψωριασικής αρθρίτιδας κλπ. (βλ. αντίστοιχα κεφάλαια).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί αρχομένης αρθρίτιδας οι αιτιάσεις αφορούν ήπια δυσκινησία του καρπού ιδιαιτέρως κατά τη ραχιαία κάμψη άνευ στοιχείων παραμορφώσεως της αρθρώσεως.

Εργαστηριακά ευρήματα

Ακτινογραφικώς: σκλήρυνση των αρθρικών επιφανειών - ελάττωση του μεσαρθρίου διαστήματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόκειται περί εξελικτικής παθήσεως. Επί ασήπτου νεκρώσεως δυνατόν η πορεία της νόσου να αναχαιτισθεί κατόπιν χειρουργικής επεμβάσεως. Ο παράγων επάγγελμα αποκτά σημασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................ Δ=10-15% Α=5-10% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Σε προχωρημένα στάδια της παθήσεως η άρθρωση παρουσιάζεται οιδηματώδης και παραμορφωμένη. Διαπιστώνεται έντονη δυσκινησία του καρπού λίαν επώδυνος.

Εργαστηριακά ευρήματα

Ακτινογραφικώς: καταστροφή της αρχιτεκτονικής της αρθρώσεως του καρπού - μεγάλη ελάττωση του μεσαρθρίου διαστήματος μέχρις εξαλείψεως - υποπεριοστικοί κυστικοί σχηματισμοί - εκσεσημασμένη σκλήρυνση αρθρικών επιφανειών - σχηματισμός οστεοφύτων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Προβλέπεται προϊούσα επιδείνωση. Σημασία έχει το επάγγελμα του ασφαλισμένου και ιδιαίτερη αν πρόκειται περί της δεξιάς πηχεοκαρπικής επί δεξιόχειρος και αντίστοιχα επί αριστερόχειρος. Επαγγέλματα που απιτούν ιδιαιτέραν επιδεξιότητα και εφαρμογή πιέσεως εκ της πασχούσης χειρός δυσχεραίνονται σημαντικά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................... Δ=20-35% Α=15-25% [1-2 χρόνια]

4.3.11. Αρθροπλαστικές μετακαρπιοφαλαγγικών και φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων

Τεχνική μέθοδος αντιμετωπίσεως επί ρευματοειδούς αρθρίτιδας ως επί το πλείστον, ως και επί παραμορφωτικής αρθρίτιδας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

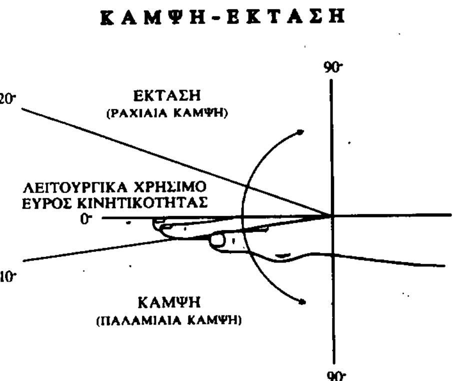
Το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από το επίπεδο λειτουργικότητας της συγκεκριμένης αρθρώσεως, δηλ. κινητικότητα, άλγος, ακτινολογικά ευρήματα (βλ. τα αντίστοιχα κεφάλαια περί δυσκινησίας) και στα πλαίσια της νόσου η οποία προκάλεσε τις αρθρικές αλλοιώσεις.

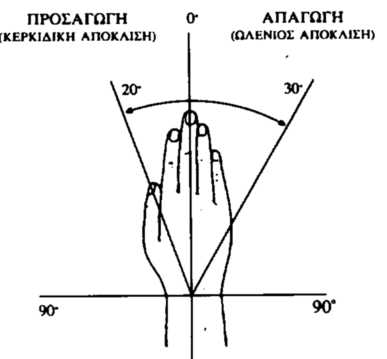
4.3.12. Δυσκινησία των αρθρώσεων της πηχεοκαρπικής και λοιπών αρθρώσεων της άκρας χειρός

Α. Λειτουργία-κινητικότητα πηχεοκαρπικής

Η πηχεοκαρπική άρθρωση αποτελείται από την κερκιδοκαρπική διάρθρωση και την κερκιδωλενική συνδέσμωση.

Επιτελεί: α) κινήσεις κάμψεως (εύρος 90°), β) κινήσεις εκτάσεως (εύρος 90°), γ) προσαγωγή (εύρος 20°), δ) απαγωγή (εύρος 30°) (Εικ. 4.5).





Εικ. 4.5.

Για την κινητικότητα της πηχεοκαρπικής σημασία έχει κυρίως το λειτουργικό χρήσιμο εύρος κινητικότητας, περιορισμός του οποίου επιφέρει αξιόλογη αναπηρία. Αυτό αφορά κινητικότητα εκτάσεως 20° έως κάμψεως 10°.

I. Περιορισμός κινητικότητας πηχεοκαρπικής

Καταστάσεις που προκαλούν περιορισμό της κινητικότητας της πηχεοκαρπικής είναι:

- μακροχρόνια ακινητοποίηση της πηχεοκαρπικής
- χρόνιες αρθροπάθειες
- αρθρίτιδες, μικροβιακές και μη
- μετατραυματικές αρθρίτιδες κατόπιν καταγμάτων, ψευδαρθρώσεως και ασήπτου νεκρώσεως του σκαφοειδούς, ασήπτου νεκρώσεως του μηνοειδούς. - οστεοπόρωση τύπου Sudeck.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η εκτίμηση της αναπηρίας που προκύπτει κατόπιν περιορισμού της κινητικότητας της πηχεοκαρπικής γίνεται ως εξής:

- Ελαφρού βαθμού περιορισμός
  Εκταση: 30°-45° .... Δ=5-10% Α=0%
  Κάμψη: 25°-35° .... Δ=0-5% Α=0%
- Μετρίου βαθμού περιορισμός
  Εκταση: 20°-30° .... Δ=0% Α=0%
  Κάμψη: 10°-25° .... Δ=5-10% Α=0-5%
- Μεγάλου βαθμού περιορισμός
  Εκταση: 5°-20° .... Δ=0% Α=0%
  Κάμψη: 5°-10° .... Δ=10-20% Α=5-10%
- Επί συνυπάρξεως περιορισμού των κινήσεων πρηνισμού-υπτιασμού του αντιβραχίου συνυπολογίζεται το εκ του περιορισμού αυτής προκύπτον ποσοστό αναπηρίας.
- Επί συνυπάρξεως και άλλης βλάβης στο ίδιο μέλος τότε το συνολικό Π.Α.προκύπτει από τον συνυπολογισμό των Π.Α. εκάστης βλάβης, του αρθροίσματος μη δυναμένου να υπερβαίνει εκείνο του ακρωτηριασμού.

II. Αγκύλωση πηχεοκαρπικής

Αγκύλωση της πηχεοκαρπικής προκαλούν οι καταστάσεις που επιφέρουν περιορισμό της κινητικότητας αυτής (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο) όταν διατρέχουν για ιδιαίτερα μεγάλο χρονικό διάστημα και βεβαίως οι αρθροδέσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η εκτίμηση του ποσοστού αναπηρίας πρέπει να γίνεται αναλόγως με τη θέση στην οποία έχει αγκυλωθεί η άρθρωση.

- Σε λειτουργική θέση, δηλαδή ραχιαία κάμψη 30°-45° ....Δ=10-15% Α=5-10%
- Σε ουδέτερη θέση δηλ. 0°........Δ=15% Α=10%
- Σε ραχιαία κάμψη 45° και άνω........Δ=20-30% Α=10-20%
- Σε παλαμιαία κάμψη 10°-20°........Δ=15-20% Α=10-15%
- Σε παλαμιαία κάμψη 20°-45°........Δ=20-40% Α=15-35%
- Σε παλαμιαία κάμψη 45° και άνω........45-50% Α=35-45%

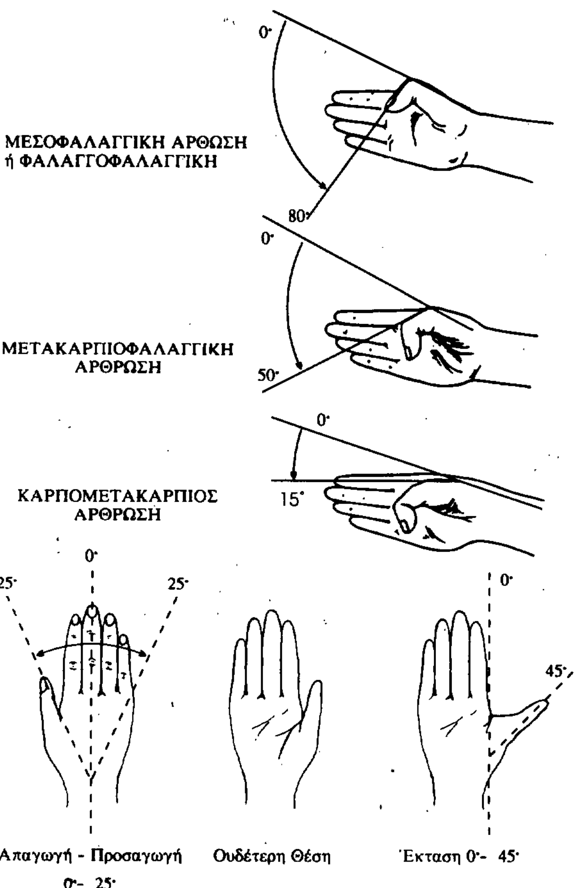
Οταν η αγκύλωση της πηχεοκαρπικής συνοδεύεται και από άλλης μορφής ή εντόπισης αναπηρία στο ίδιο μέλος ως δυσκινησίας δακτύλων, περιορισμού πρηνισμού-υπτιασμού κλπ. τότε το συνολικό Π.Α. προκύπτει από τον συνυπολογισμό των Π.Α. εκάστης βλάβης, του συνολικού Π.Α. μη δυναμένου να υπερβεί εκείνο του ακρωτηριασμού.

Β. Λειτουργία-κινητικότητα αντίχειρα

Η κινητικότητα του αντίχειρα είναι πολύπλοκη. Οι βασικές κινήσεις είναι: κάμψη, έκταση, απαγωγή, προσαγωγή και αντίθεση. Αυτές επιτελούνται από τις παρακάτω αρθρώσεις:

1) Μεσοφαλαγγική ή φαλαγγοφαλαγγική: κάμψη και έκταση 80° από την ουδέτερη θέση (0°) που αντιστοιχεί στην τέλεια έκταση του δακτύλου. Δυνατή είναι η υπερέκταση της φαλαγγοφαλαγγικής έως 20°.
2) Μετακαρπιοφαλαγγική: κάμψη και έκταση 50° από την ουδέτερη θέση (0°) που αντιστοιχεί στην τέλεια έκταση του δακτύλου.
3) Καρπομετακάρπιος: α) κάμψη και έκταση 15° από την ουδέτερη θέση (0°) που αντιστοιχεί στην τέλεια έκταση του δακτύλου, β) απαγωγή και προσαγωγή (Εικ. 4.6).

Η αντίθεση του αντίχειρα αποτελεί τη βασική κίνηση μέσω της οποίας επιτελείται η σύλληψη. Συντίθεται και υπό των 4 υπολοίπων κινήσεων και σ' αυτή συμμετέχουν όλες οι αρθρώσεις του αντίχειρα. Κατάργηση της αντιθετικής κινήσεως του αντίχειρα προς το δείκτη, συνιστά αξιόλογη αναπηρία.



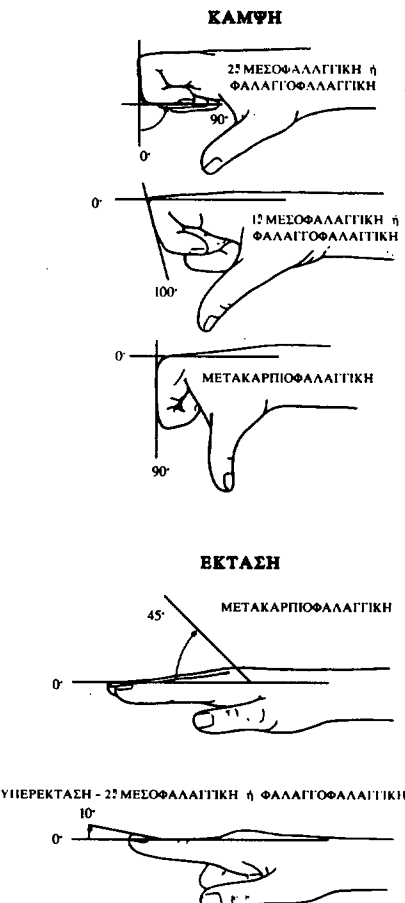
Εικ. 4.6.

Γ. Λειτουργία-κινητικότητα λοιπών δακτύλων άκρας χειρός

Ο δείκτης, μέσος, παράμεσος και μικρός δάκτυλος επιτελούν κινήσεις κάμψεως, εκτάσεως, απαγωγής και προσαγωγής δια των παρακάτω αρθρώσεων:

1) 2η μεσοφαλαγγική ή 2η φαλαγγοφαλαγγική: κάμψη 90° και βαθμό υπερεκτάσεως.
2) 1η μεσοφαλαγγική ή 1η φαλαγγοφαλαγγική: κάμψη 100° και βαθμό υπερεκτάσεως.

3) Μετακαρπιοφαλαγγική: κάμψη 90°, έκταση 45°, απαγωγή και προσαγωγή (Εικ. 4.7).



Εικ. 4.7.

Η κάμψη των δακτύλων αποτελεί βασική κίνηση, μέσω της ποίας επιτελείται η σύλληψη συνδυαζόμενη με την αντιθετική κίνηση του αντίχειρα. Ιδιαίτερη σημασία δεν έχει τόσο η πλήρης κάμψη όσο κάμψη 20°-70° για κάθε άρθρωση (λειτουργικό εύρος κινητικότητας).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0%

Ι. Περιορισμός κινητικότητας των δακτύλων

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1) Περιορισμός κινητικότητας εκάστης δακτυλικής άρθρώσεως μεμονωμένης

Δακτυλικές αρθρώσεις	Εύρος κινήσεως 0°-20°		Εύρος κινήσεως 70°-90°	
	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρος				
Μετακαρπιοφαλαγγική	4%	3%	5%	4%
Μεσοφαλαγγική	3%	3%	4%	3%
Δείκτου				
Μετακαρπιοφαλαγγική	3%	3%	4%	3%
1η μεσοφαλαγγική	3%	3%	3%	3%
2η μεσοφαλαγγική	0%	0%	1%	1%
Μέσου				
Μετακαρπιοφαλαγγική	3%	2%	3%	3%
1η μεσοφαλαγγική	3%	2%	3%	3%
2η μεσοφαλαγγική	0%	0%	1%	1%
Παραμέσου				
Μετακαρπιοφαλαγγική	2%	2%	3%	3%
1η μεσοφαλαγγική	2%	2%	3%	3%
2η μεσοφαλαγγική	0%	0%	0%	0%
Μικρού				
Μετακαρπιοφαλαγγική	1%	1%	2%	2%
1η μεσοφαλαγγική	1%	1%	2%	2%
2η μεσοφαλαγγική	0%	0%	0%	0%

2) Περιορισμός κινητικότητας δύο (συγχρόνως) αρθρώσεων του αυτού δακτύλου

Δακτυλικές αρθρώσεις	Δάκτυλος	Εύρος κινήσεως 0°-20°		Εύρος κινήσεως 70°-90°	
		Δ	Α	Δ	Α
Μ.Κ.Φ. και 1 Φ.Φ.	Αντίχειρας	8%	6%	9%	8%
	Δείκτης	5%	4%	6%	5%
	Μέσος	4%	3%	5%	4%
	Παράμεσος	2%	2%	4%	3%
	Μικρός	2%	2%	3%	3%

(συνεχίζει)

1 Φ.Φ. και 2 Φ.Φ.	Δείκτης	3%	3%	5%	4%
	Μέσος	3%	2%	4%	3%
	Παράμεσος	2%	2%	3%	2%
	Μικρός	1%	1%	3%	2%
Μ.Κ.Φ. και 2 Φ.Φ.	Δείκτης	4%	3%	4%	4%
	Μέσος	3%	2%	3%	3%
	Παράμεσος	2%	2%	3%	3%
	Μικρός	2%	2%	2%	2%

3) Περιορισμός κινητικότητας όλων των αρθρώσεων εκάστου δακτύλου

Δάκτυλος	Εύρος κινήσεως 0°-20°		Εύρος κινήσεως 70°-90°		Λειτουργικό εύρος 20°-70°	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρας	8%	6%	9%	8%	5%	4%
Δείκτης	6%	5%	8%	6%	4%	3%
Μέσος	4%	4%	5%	4%	3%	2%
Παράμεσος	2%	2%	4%	3%	2%	1%
Μικρός	2%	2%	3%	3%	2%	1%

4) Περιορισμός κινητικότητας όλων των αρθρώσεων επί δύο δακτύλων

Δάκτυλοι	Εύρος κινήσεως 0°-20°		Εύρος κινήσεως 70°-90°		Λειτουργικό εύρος 20°-70°	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρας-δείκτης	16%	13%	19%	15%	9%	7%
Αντίχειρας-μέσος	13%	11%	16%	13%	8%	6%
Αντίχειρας-παράμεσος	11%	10%	14%	12%	7%	5%
Αντίχειρας-μικρός	11%	10%	14%	12%	7%	5%
Δείκτης-μέσος	12%	10%	14%	12%	7%	5%
Δείκτης-παράμεσος	10%	9%	13%	11%	6%	4%
Δείκτης-μικρός	10%	9%	12%	10%	5%	4%
Μέσος-παράμεσος	7%	7%	10%	8%	5%	3%
Μέσος-μικρός	7%	7%	9%	8%	5%	3%
Παράμεσος-μικρός	5%	5%	8%	7%	4%	2%

5) Περιορισμός κινητικότητας όλων των αρθρώσεων επί τριών δακτύλων

Δάκτυλοι	Εύρος κινήσεως 0°-20°		Εύρος κινήσεως 70°-90°		Λειτουργικό εύρος 20°-70°	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρας-δείκτης-μέσος	20%	17%	24%	20%	12%	9%
Αντίχειρας-δείκτης-παράμεσος	18%	16%	23%	19%	11%	8%
Αντίχειρας-δείκτης-μικρός	18%	16%	22%	19%	11%	8%
Αντίχειρας-μέσος-παράμεσος	16%	14%	20%	17%	10%	7%
Αντίχειρας-μέσος-μικρός	16%	13%	19%	16%	10%	7%
Αντίχειρας-παράμεσος-μικρός	14%	12%	18%	15%	9%	6%
Δείκτης-μέσος-παράμεσος	14%	12%	18%	15%	9%	6%
Δείκτης-μέσος-μικρός	14%	12%	18%	15%	9%	6%
Δείκτης-παράμεσος-μικρός	12%	11%	16%	14%	8%	5%
Μέσος-παράμεσος-μικρός	10%	9%	13%	11%	7%	4%

6) Περιορισμός κινητικότητας όλων των αρθρώσεων επί τεσσάρων δακτύλων

Δάκτυλοι	Εύρος κινήσεως 0°-20°		Εύρος κινήσεως 70°-90°		Λειτουργικό εύρος 20°-70°	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρας-δείκτης-μέσος-παράμεσος	23%	20%	28%	24%	14%	10%
Αντίχειρας-δείκτης-μέσος-μικρός	23%	20%	28%	23%	14%	10%
Αντίχειρας-δείκτης-παράμεσος-μικρός	21%	18%	26%	22%	13%	9%
Αντίχειρας-μέσος-παράμεσος-μικρός	18%	16%	23%	20%	12%	8%
Δείκτης-μέσος-παράμεσος-μικρός	17%	15%	22%	18%	11%	7%

7) Περιορισμός κινητικότητας όλων των αρθρώσεων όλων των δακτύλων

- εύρος κινήσεως 0°-20° .... Δ=25% Α=20%
- εύρος κινήσεως 70°-90° .... Δ=30% Α=25%
- Διατήρηση λειτουργικού εύρους 20°-70° .... Δ=20% Α=15%

Ο υπολογισμός επί πολλαπλών βλαβών επί της ιδίας χειρός ή δακτύλου είναι αθροιστικός και όχι βάσει συνυπολογισμού κατά τη μέθοδο εκτιμήσεως επί πολλαπλών βλαβών.

ΙΙ. Αγκυλώσεις δακτυλικών αρθρώσεων

Επί αγκυλώσεως δακτυλικής αρθρώσεως σημασία έχει η θέση αγκυλώσεως να είναι τέτοια που να ευνοεί τη σύλληψη, δηλαδή να είναι λειτουργική. Τέτοια θεωρείται η αγκύλωση σε θέση κάμψεως 25°-45° και αφορά όλες τις αρθρώσεις των δακτύλων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1) Μεμονωμένη αγκύλωση δακτυλικής αρθρώσεως.

Δακτυλικές αρθρώσεις	Θέση αγκυλωθείσης αρθρώσεως					
	0°-25°		25°-45°		45° και άνω	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρος						
Καρπομετακάρπιος	15%	12%	12%	7%	15%	12%
Μετακαρποφαλαγγική	10%	8%	8%	6%	10%	8%
Μεσοφαλαγγική	8%	6%	6%	5%	8%	6%
Δείκτου						
Μετακαρποφαλαγγική	8%	6%	7%	6%	8%	6%
1η μεσοφαλαγγική	6%	5%	5%	5%	6%	5%
2η μεσοφαλαγγική	2%	2%	1%	1%	2%	2%
Μέσου						
Μετακαρποφαλαγγική	6%	5%	5%	4%	6%	6%
1η μεσοφαλαγγική	6%	5%	5%	4%	6%	6%
2η μεσοφαλαγγική	2%	2%	1%	1%	2%	2%
Παραμέσου						
Μετακαρποφαλαγγική	5%	5%	4%	4%	5%	5%
1η μεσοφαλαγγική	5%	5%	4%	4%	5%	5%
2η μεσοφαλαγγική	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Μικρού						
Μετακαρποφαλαγγική	4%	4%	3%	3%	4%	4%
1η μεσοφαλαγγική	3%	3%	2%	2%	3%	3%
2η μεσοφαλαγγική	1%	1%	0%	0%	1%	1%

2) Αγκύλωση δύο αρθρώσεων του αυτού δακτύλου

- Αγκύλωση της μετακαρποφαλαγγικής και 1ης μεσοφαλαγγικής αρθρώσεως

Δάκτυλος	0°-25°		25°-45°		45° και άνω	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρας	18%	15%	15%	12%	25%	20%
Δείκτης	12%	10%	10%	8%	15%	12%
Μέσος	10%	8%	8%	6%	10%	8%
Παράμεσος	7%	5%	4%	4%	8%	6%
Μικρός	6%	5%	4%	4%	7%	6%

- Αγκύλωση της 1ης και 2ης μεσοφαλαγγικής αρθρώσεως

Δάκτυλος	0°-25°		25°-45°		45° και άνω	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Δείκτης	9%	8%	7%	6%	10%	8%
Μέσος	7%	6%	5%	4%	7%	6%
Παράμεσος	5%	4%	4%	4%	5%	4%
Μικρός	5%	4%	2%	2%	5%	4%

- Αγκύλωση της μετακαρποφαλαγγικής και 2ης μεσοφαλαγγικής αρθρώσεως

Δάκτυλος	0°-25°		25°-45°		45° και άνω	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Δείκτης	8%	7%	7%	6%	8%	7%
Μέσος	6%	5%	5%	4%	6%	5%
Παράμεσος	5%	4%	4%	4%	5%	4%
Μικρός	4%	4%	3%	3%	4%	4%

3) Αγκύλωση όλων των αρθρώσεων εκάστου δακτύλου

Δάκτυλος	0°-25°		25°-45°		45° και άνω	
	Δ	Α	Δ	Α	Δ	Α
Αντίχειρας (μετακαρποφαλ. & μεσοφαλαγγ.)	18%	15%	15%	12%	25%	20%
Δείκτης	15%	12%	12%	10%	15%	12%
Μέσος	10%	8%	8%	7%	10%	8%
Παράμεσος	7%	6%	4%	4%	8%	6%
Μικρός	6%	5%	4%	4%	7%	6%

4) Αγκύλωση όλων των αρθρώσεων όλων των δακτύλων
- Σε έκταση .... Δ=60% Α=50%
- Σε θέση λειτουργίας .... Δ=45% Α=40%
- Σε πλήρη κάμψη .... Δ=65% Α=52%

Επί συνδυασμένων βλαβών ενός ή περισσοτέρων δακτύλων της ίδιας χειρός το τελικό ποσοστό αναπηρίας προκύπτει από την αριθμητική άθροιση του ποσοστού κάθε μιας βλάβης ξεχωριστά, του τελικού ποσοστού μη δυναμένου να υπερβεί εκείνο του ακρωτηριασμού του ή των αντιστοίχων δακτύλων.

4.3.13. Ακρωτηριασμός άκρας χειρός

Λόγω της άκρως σημαντικής λειτουργίας την οποία επιτελεί η άκρα χείρα, ακρωτηριασμός αυτής ή μέρους αυτής επιφέρει βαρεία αναπηρία. Καταργείται η σύλληψη, λειτουργία επί της οποίας βασίζονται όλες οι επιμέρους λειτουργίες τις οποίες επιτελεί η άκρα χείρα.

Πρωταρχικό στοιχείο στη λειτουργία της σύλληψης είναι ο αντίχειρας δια της αντιθετικής του κινήσεως, όργανο που μόνο ο άνθρωπος από όλα τα θηλαστικά διαθέτει και που αποτέλεσε βασικό παράγοντα στην παραπέρα εξέλιξη του ανθρωπίνου γένους. Σε συνεργασία δε με τον δείκτη επιτρέπει την εκτέλεση λεπτών και πολύπλοκων κινήσεων.

Σε έλλειψη του δείκτη οι εναπομείναντες δάκτυλοι υποκαθιστούν σε ένα μόνο βαθμό αυτόν, και αυτό επειδή η κύρια λειτουργία τους είναι η ενίσχυση των τριών πρώτων δακτύλων στην εκτέλεση των διαφόρων κινήσεων. Σε έλλειψη όμως του αντίχειρα καταργείται η εκτέλεση σχεδόν όλων των λειτουργιών της άκρας χειρός, η οποία λειτουργεί πλέον ως αγκίστρι.

Η τεχνολογική εξέλιξη των προσθετικών μελών σίγουρα βοηθά στην καλύτερη διεκπεραίωση των διαφόρων κινήσεων, πλήν όμως δεν δύναται να αντικαταστήσει το απωλεσθέν μέλος, ειδικά αν πρόκειται για την άκρα χείρα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στην εκτίμηση της αναπηρίας που επιφέρει ο ακρωτηριασμός της άκρας χειρός ή μέρους αυτής, πέραν του ποσοστού της ανατομοφυσιολογικής βλάβης πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και όλοι οι ασφαλιστικοί παράγοντες και ιδιαίτερα το επάγγελμα. Ετσι σε απώλεια των σημαντικότερων παραγόντων της άκρας χειρός, όπως π.χ. απώλεια αντίχειρα και δείκτη συγχρόνως, επαγγέλματα που απαιτούν τη χρήση και των δύο χειρών ή ειδικευμένα τεχνικά επαγγέλματα πρέπει να αποκλεισθούν.

Οσον αφορά απώλεια τμημάτων της άκρας χειρός μικρότερης σημασίας για τη λειτουργικότητα, θα πρέπει να εκτιμάται κατά πόσον το απωλεσθέν τμήμα της άκρας χειρός επιφέρει αδυναμία εκτελέσεως της μέχρι τώρα εργασίας του ασφαλισμένου και αν ενδεχομένως προσφέρει δυνατότητα προσαρμογής σε άλλα επαγγέλματα. Ακόμη πρέπει να ληφθούν υπόψη η διαμόρφωση του κολοβώματος, επειδή διαφορετικά θα κριθεί ένα κολόβωμα λείο χωρίς ουλές και διαφορετικά ένα κολόβωμα επί του οποίου ανεπτύχθη νευρίνωμα και προκαλεί υπεραισθησία στον ασφαλισμένο ή ακόμη περισσότερο ένα κολόβωμα πυορροούν με στοιχεία φλεγμονής ή έλλειψη δέρματος. Ετσι όταν απαντάται κολόβωμα μη καλώς διαμορφωμένο, το Π.Α. θα πρέπει να προκύπτει από την άθροιση του Π.Α. που αντιστοιχεί στον ακρωτηριασμό και από ένα Π.Α. 5-25%, του μεγαλύτερου Π.Α. αντιστοιχούντος σε σηπτική κατάσταση του κολοβώματος, του δε μικροτέρου σε νευρίνωμα.

Τα ποσοστά αναπηρίας που αφορούν τους ακρωτηριασμούς των δακτύλων της άκρας χειρός σε διάφορους συνδυασμούς μεταξύ τους αναφέρονται σε εκτεταμένους πίνακες στο Παράρτημα Ι (στο τέλος του βιβλίου). Οι ως άνω πίνακες ελήφθησαν εκ του συγγράμματος του Ι. Μακρή.

4.4. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΥΩΝ,ΤΕΝΟΝΤΩΝ, ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΝ ΤΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

Για να γίνει κατανοητός ο βαθμός επηρεασμού της λειτουργικότητας των άνω άκρων επί βλάβης των μυών, τενόντων ή νεύρων αυτών είναι απαραίτητη η γνώση της λειτουργίας ενός εκάστου μυός και η νεύρωσή του.

Τα άνω άκρα αποτελούν πολύπλοκα όργανα και εκ της δράσεως μεμονωμένων ή ομάδων μυών επιτυγχάνεται η εκτέλεση λεπτών και πολυπλόκων κινήσεων και εργασιών αλλά και η παραγωγή απλού μυϊκού έργου.

Η μείωση της βιοποριστικής ικανότητας συνεπεία βλάβης ενός ή περισσοτέρων μυών, τενόντων ή νεύρων κατά τα άνω άκρα, θα πρέπει να εκτιμάται όχι μόνο από αυτή καθεαυτή τη βλάβη αλλά σε συνδυασμό με το επάγγελμα του πάσχοντος και τις απαιτούμενες δεξιότητες για την άσκησή του.

Επίσης για τον καθορισμό της αναπηρίας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πλην του επαγγέλματος, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία και οι επικρατούσες συνθήκες στην αγορά εργασίας όπως προβλέπεται από την ασφαλιστική νομοθεσία.

Κατά την εκτίμηση της αναπηρίας στα άνω άκρα θα πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ δεξιοχείρων και αριστεροχείρων, επειδή το ποσοστό αναπηρίας είναι πάντοτε μεγαλύτερο για την αυτή βλάβη όταν αυτή αφορά το δεξιό άνω άκρο και φυσικά το ποσοστό θα πρέπει να αντιστρέφεται επί αριστεροχείρων.

4.4.1. Μερική ή ολική ρήξη μυών και τενόντων των άνω άκρων

Μερική ή ολική ρήξη του δελτοειδούς μυός

Ο δελτοειδής μυς ανυψώνει τον βραχίονα μέχρι της οριζοντίου θέσεως σε συνέργεια με τον υπερακάνθιο ο οποίος καθηλώνει την κεφαλή του βραχιονίου οστού στην ωμογλήνη. Πέραν της οριζοντίου θέσεως ο δελτοειδής δρα αυτοτελώς.

Επί ρήξεως του δελτοειδούς μυός δεν είναι δυνατή η ανύψωση του βραχίονος και κατ'ακολουθίαν του άνω άκρου.

Η ρήξη του δελτοειδούς αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στους ασκούντες χειρωνακτικά επαγγέλματα τα οποία απαιτούν καταβολή μεγάλης μυϊκής προσπάθειας ή εργάζονται με ανυψωμένα τα άνω άκρα. Για τον καθορισμό της αναπηρίας επί ρήξεως του δελτοειδούς θα πρέπει να ελέγχεται ο περιορισμός της κινητικότητας του ώμου, η μείωση της μυϊκής ισχύος του άνω άκρου και ο επηρεασμός της λειτουργικότητας αυτού σε συνδυασμό με το επάγγελμα.

Ο πόνος ο οποίος και αποτελεί υποκειμενικό σύμπτωμα, παρέρχεται μετά την πάροδο της οξείας φάσης και δεν θα πρέπει να αξιολογείται.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μερική ρήξη του δελτοειδούς όπου επιτυγχάνεται η ανύψωση του άνω άκρου αλλά μετά μειωμένης μυϊκής ισχύος .... Δ=5-10% Α=3-8%
- Ολική ρήξη του δελτοειδούς όπου είναι αδύνατη η ανύψωση του άνω άκρου .... Δ=20-25% Α=15-20%

Μερική ή ολική ρήξη του υπερακανθίου μυός

Ο υπερακάνθιος μυς καθηλώνει την κεφαλή του βραχιονίου οστού εντός της ωμογλήνης επιτρέποντας στον δελτοειδή να δράσει και να ανυψώσει τον βραχίονα και κατ' ακολουθίαν το άνω άκρο μέχρι της οριζοντίου θέσεως.

Η διαπίστωση της βλάβης γίνεται αν ζητήσουμε από τον εξεταζόμενο να απαγάγει το πάσχον άνω άκρο οπότε διαπιστώνεται ότι δεν είναι δυνατή η ανύψωση αυτού μέχρι της οριζοντίου θέσεως. Αν υποστηριχθεί η ανύψωση του βραχίονος μέχρι της οριζοντίου θέσεως είναι δυνατή η περαιτέρω ανύψωση αυτού δια μόνης της δράσεως του δελτοειδούς μυός. Το αντίθετο συμβαίνει κατά την κατάβαση του άνω άκρου, η κατάβαση του οποίου γίνεται ομαλώς μέχρι της οριζοντίου θέσεως, διά της δράσεως του δελτοειδούς ενώ εν συνεχεία πίπτει αποτόμως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μερική ρήξη του υπερακανθίου όπου είναι δυνατή η ανύψωση του βραχίονος αλλά μετά μειωμένης μυϊκής ισχύος .... Δ=5-10% Α=3-8%
- Ολική ρήξη του υπερακανθίου όπου είναι αδύνατη η ανύψωση πέραν των 30° .... Δ=20-25% Α=15-20%

Μερική ή ολική ρήξη του δικεφάλου βραχιονίου μυός

Ο δικέφαλος βραχιόνιος μυς επιτελεί την κάμψη του αντιβραχίου προς τον βραχίονα μετά της μεγίστης δυνατής ισχύος

υπτιάζων συγχρόνως το αντιβράχιο. Η ρήξη του δικεφάλου βραχιονίου μυός αφορά συνήθως στην μακρά κεφαλή αυτού. Τα ευρήματα επί ρήξεως του δικεφάλου βραχιονίου μυός είναι η μείωση της μυϊκής ισχύος του και η χαμηλότερη της κανονικής, θέση της μυϊκής γαστέρας κατά την εκούσια σύσπαση.

Η βλάβη είναι δεκτική χειρουργικής αντιμετωπίσεως αλλά αυτό δεν απαιτείται συνήθως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μερική ρήξη (ήτοι ρήξη της μακράς κεφαλής) .... Δ=8-12% Α=5-10%
- Ολική ρήξη του δικεφάλου βραχιονίου μυός .... Δ=15-20% Α=10-15%

Μερική ή ολική ρήξη του προσθίου βραχιονίου μυός

Ο πρόσθιος βραχιόνιος μυς επιτελεί την κάμψη του αντιβραχίου προς τον βραχίονα και ενισχύει τη δράση του δικεφάλου όταν το αντιβράχιο ευρίσκεται σε ύπτια θέση. Η ρήξη του μυός είναι σπάνια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μερική ρήξη του προσθίου βραχιονίου μυός... Δ=5-8% Α=3-6%
- Ολική ρήξη του προσθίου βραχιονίου μυός.. Δ=8-12% Α=6-10%

Μερική ή ολική ρήξη του τρικεφάλου βραχιονίου μυός

Ο τρικέφαλος βραχιόνιος μυς επιτελεί την ενεργητική έκταση του αγκώνος. Ο έλεγχος της βλάβης επιτυγχάνεται εάν φέρουμε τον βραχίονα σε απαγωγή μέχρι της οριζοντίου θέσεως με τον αγκώνα σε κάμψη και παραγγείλουμε στον εξεταζόμενο να εκτείνει το αντιβράχιο οπότε αυτό καθίσταται αδύνατο - επί ολικής ρήξεως - ή επιτελείται μετά μειωμένης μυϊκής ισχύος επί μερικής ρήξεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μερική ρήξη του τρικεφάλου βραχιονίου μυός .... Δ=8-12% Α=5-10%
- Ολική ρήξη του τρικεφάλου βραχιονίου μυός .... Δ=12-20% Α=10-15%

Ρήξη ή διατομή των εκτεινόντων τους δακτύλους της χειρός μυών

Οι εκτείνοντες τους δακτύλους μύες έχουν μικρή πρακτικώς σημασία για τη λειτουργία της άκρας χειρός συγκριτικώς προς αυτή των καμπτήρων. Η δράση τους συνίσταται στην έκταση των δακτύλων ώστε εν συνεχεία δια της δράσεως των καμπτήρων να καταστεί δυνατή η συλληπτική λειτουργία της χειρός. Σημαντικότερη από πλευράς λειτουργικότητας της άκρας χειρός και συνεπώς αναπηρίας είναι η διατομή των εκτεινόντων τον αντίχειρα από τη διατομή των εκτεινόντων τους λοιπούς δακτύλους, η οποία διατομή συνήθως αφορά μεμονωμένως έναν ή δύο δακτύλους σπανιώτερα δε όλους του εκτείνοντες. Η βλάβη είναι δεκτική αποκαταστάσεως ή βελτιώσεως με χειρουργική επέμβαση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Διατομή των εκτεινόντων τον αντίχειρα........ Δ=5-8% Α=3-5%
- Διατομή των εκτεινόντων του λοιπούς δακτύλους (για ένα έκαστο δάκτυλο)........ Δ=1-2% Α=0-1%

Ρήξη ή διατομή των καμπτήρων τενόντων τους δακτύλους της άκρας χειρός

Οι καμπτήρες μύες και τένοντες εκφύονται από το αντιβράχιο και καταφύονται στις δακτυλικές φάλαγγες.

Η χειρουργική αποκατάσταση της διατομής των καμπτήρων είναι ευχερέστερη στο αντιβράχιο, δυσχερέστερη δε μέχρι και αδύνατη κατά την παλάμη και τους δακτύλους. Οι καμπτήρες του αντίχειρος διακρίνονται στο μακρό και βραχύ καμπτήρα αυτού, των δε λοιπών δακτύλων στον επιπολής και τον εν τω βάθει καμπτήρα αυτών.

Ο επιπολής καμπτήρας των δακτύλων καταφύετει στη δεύτερη φάλαγγα, ο δε εν τω βάθει στην ονυχοφόρο φάλαγγα του αντίστοιχου δακτύλου με αποτέλεσμα η διατομή του επιπολής καμπτήρα να έχει μικρή σχετικά επίπτωση επί της λειρουργικότητας της άκρας χειρός αφού το έργο του αναπληρώνεται κατά μεγάλο ποσοστό από τη δράση του εν τω βάθει καμπτήρα, ο οποίος καταφυόμενος στην ονοχυφόρο φάλαγγα και κάμπτων αυτή συνεπιφέρει και την κάμψη ολόκληρου του δακτύλου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ρήξη ή διατομή του μακρού καμπτήρα του αντίχειρος όπου δεν επιτελείται η κάμψη της ονυχοφόρου φάλαγγος αυτού .... Δ=5-10% Α=3-8%
- Ρήξη ή διατομή του βραχέος καμπτήρα του αντίχειρος .... Δ=3-5% Α=2-4%

- Ρήξη ή διατομή αμφοτέρων των καμπτήρων του αντίχειρος όπου καταργείται η κάμψη αυτού ....Δ=10-15% Α=5-10%
- Ρήξη ή διατομή του εν τω βάθει κοινού καμπτήρα των δακτύλων, για ένα έκαστο δάκτυλο:
  - δείκτης .... Δ=7% Α=5%
  - μέσος .... Δ=5% Α=3%
  - παράμεσος .... Δ=5% Α=3%
  - μικρός .... Δ=5% Α=3%
- Ρήξη ή διατομή του επιπολής κοινού καμπτήρα των δακτύλων
  - για ένα έκαστο δάκτυλο .... Δ=2-3% Α=2-3%
  - για όλους τους δακτύλους .... Δ=10-12% Α=8-10%
- Ρήξη ή διατομή αμφοτέρων των καμπτήρων τους δακτύλους για ένα έκαστο δάκτυλο:
  - δείκτης .... Δ=10% Α=8%
  - μέσος .... Δ=8% Α=5%
  - παράμεσος .... Δ 8% Α 5%
  - μικρός .... Δ 8% Α 5%

  για όλους τους δακτύλους (πλην του αντίχειρα) .... Δ=35% Α =25%

  Ρήξη ή διατομή όλων των καμπτήρων τους δακτύλους της άκρας χειρός συμπεριλαμβανομένου και του αντίχειρα .... Δ=50% Α=35%

4.4.2. Ισχαιμική σύσπαση Volkmann

Η ισχαιμική σύσπαση Volkmann επιφέρει άλλοτε άλλου βαθμού μόνιμη σύγκαμψη των δακτύλων της άκρας χειρός με αποτέλεσμα τη μεγάλη μείωση μέχρι καταργήσεως της λειτουργικότητας και συλληπτικής ικανότητας αυτής.

Το αποτέλεσμα της βλάβης αυτής είναι μόνιμο και μικρή μόνο βελτίωση επιτυγχάνεται με διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί αχρησίας της άκρας χειρός .... Δ=67% Α=50%
- Επί μεγάλης συγκάμψεως των δακτύλων όπου όμως επιτελούνται κινήσεις κάμψεως αλλά συνυπάρχει μεγάλη μείωση της μυϊκής ισχύος και της λειτουργικότητας της άκρας χειρός συμπεριλαμβανομένου και του αντίχειρος .... Δ=40-60% Α=35-45%
- Επί ελαφράς συγκάμψεως όπου είναι δυνατός ο σχηματισμός σχεδόν πλήρους πυγμής, υπάρχει όμως μικρή μείωση της συλληπτικής ικανότητας και της μυϊκής ισχύος αλλά και δυσχέρεια στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων, αναλόγως του επαγγέλματος.
- Επί επαγγελμάτων απαιτούντων την εκτέλεση λεπτών κινήσεων .... Δ=40% Α=30%
- Επί επαγγελμάτων απαιτούντων την εκτέλεση αδρών εργασιών .... Δ=30% Α=20%

4.4.3. Ρίκνωση της παλαμιαίας απονευρώσεως (νόσος του Dupuytren)

Η πάθηση αυτή επιφέρει βαθμιαία σύγκαμψη των δακτύλων λόγω αναπτύξεως ουλώδους ιστού υπό την παλαμιαία απονεύρωση ο οποίος συμφυόμενος με αυτή προκαλεί τη συρρίκνωσή της και αφορά συνήθως στον παράμεσο και μικρό δάκτυλο με αποτέλεσμα στο προχωρημένο στάδιο να επέρχεται μόνιμη σύγκλειση των δακτύλων αυτών στην παλάμη.

Λαμβανομένου υπόψη ότι οι δύο τελευταίοι δάκτυλοι είναι εκείνοι οι οποίοι καταβάλλουν τη μεγαλύτερη μυϊκή προσπάθεια κατά την εκτέλεση λεπτών ή τεχνικών εργασιών ενώ οι τρεις πρώτοι δάκτυλοι κατευθύνουν στην εκτέλεση λεπτών εργασιών, η πάθηση αυτή έχει μεγαλύτερη επίπτωση σε άτομα ασχολούμενα με χειρωνακτικά και τεχνικά επαγγέλματα και μικρότερη σε άτομα που ασκούν γραφική ή αδρή εργασία.

Σημειωτέον ότι η πάθηση είναι δεκτική ιάσεως ή σημαντικής βελτιώσεως με χειρουργική επέμβαση στις περισσότερες περιπτώσεις και κατά συνέπεια ο χρόνος διάρκειας της αναπηρίας περιορισμένος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί μονίμου συγκάμψεως του παράμεσου και μικρού δακτύλου στην παλάμη με απότοκο αδυναμία συλλήψεως και χρήσεως εργαλείων αναλόγως του επαγγέλματος .... Δ=8-20% Α=6-15%
- Επί μικροτέρου βαθμού συγκάμψεως όπου είναι δυνατή η συγκράτηση και χρήση διαφόρων εργαλείων, αναλόγως του επαγγέλματος .... Δ=5-15% Α=3-10%
- Επί όλως αρχομένης συγκάμψεως .... Δ=0-5% Α=0-3%

4.4.4. Βλάβες των νεύρων των άνω άκρων

Τα άνω άκρα νευρούνται από το βραχιόνιο πλέγμα. Η βλάβη των νεύρων δυνατόν να είναι μόνιμη (εξελκυσμός του βραχιονίου πλέγματος, διατομή νεύρων) ή παροδική (νευραπραξία), πλήρης ή μερική με ανάλογη επίπτωση επί της λειτουργικότητας του άνω άκρου. Οι παροδικές βλάβες είναι δεκτικές βελτιώσεως ή και πλήρους αποκαταστάσεως. Η τεκμηρίωση της βλάβης γίνεται, τόσον από την κλινική εικόνα όσο και με τη βοήθεια εργαστηριακών εξετάσεων (ΗΜΓ και κινητική - αισθητική ταχύτητα αγωγής). Τα εργαστηριακά ευρήματα έχουν διαγνωστική κυρίως σημασία, το δε ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται από την κλινική εικόνα και την συνεπεία της βλάβης μείωση της λειτουργικότητας του άνω άκρου σε συνδυασμό πάντοτε προς το επάγγελμα, τη μόρφωση και τη δυνατότητα προσαρμογής του πάσχοντος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πλήρης παράλυση ενός των άνω άκρων Δ=60-70% Α=50-60%
- Παράλυση ανωτέρου τύπου του βραχιονίου πλέγματος τύπου Duchenne - Erb, ήτοι παράλυση του δελτοειδούς, δικεφάλου και προσθίου βραχιονίου μυός, κορακοβραχιονίου, υπτιαστού, υπερακανθίου και υπακανθίου .... Δ=45-55% Α=35-45%
- Παράλυση κατωτέρου τύπου του βραχιονίου πλέγματος τύπου Klumpke όπου επέρχεται παράλυση των καμπτήρων τους δακτύλους και των αυτοχθόνων μυών της άκρας χειρός (μέσου και ωλένιου νεύρου) .... Δ=55%-60% Α=45-50%
- Εξελκυσμός του βραχιονίου πλέγματος αναλόγως της εκτάσεως της βλάβης, δηλαδή προσβολής μέρους ή ολοκλήρου του βραχιονίου πλέγματος με τις ανάλογες επιπτώσεις. .... Δ=45-70% Α=35-60%
- Μεμονωμένη παράλυση του υποπλατίου νεύρου (παράλυση του προσθίου οδοντωτού μυός όπου διαπιστώνεται αδυναμία ωθήσεως σταθερών αντικειμένων) .... Δ=5-15% Α=5-10%
- *Μεμονωμένη παράλυση του μασχαλιαίου νεύρου*

  Το μασχαλιαίο νεύρο δίδει νεύρωση στον δελτοειδή μυ και η βλάβη του είναι αρκετά συχνή επί εξαρθρημάτων του ώμου. Επί παραλύσεως του μασχαλιαίου νεύρου προκαλείται αδυναμία απαγωγής του βραχίονος .... Δ=20-25% Α=15-20%
- *Μεμονωμένη παράλυση του μυοδερματικού νεύρου*

  Η βλάβη του μυοδερματικού νεύρου επιφέρει παράλυση του δικεφάλου βραχιονίου μυός, του κορακοβραχιονίου και του προσθίου βραχιονίου μυός με απότοκο επηρεασμό της κάμψεως του αντιβραχίου προς το βραχίονα.
  - Επί μερική παραλύσεως (παρέσεως) του μυοδερματικού νεύρου όπου όμως καθίσταται δυνατή η ενεργητική κάμψη του αντιβραχίου προς το βραχίονα, αναλόγως του επαγγέλματος .... Δ=5-10% Α=0-5%
  - Επί πλήρους παραλύσεως του μυοδερματικού νεύρου όπου η ενεργητική κάμψη του αντιβραχίου προς τον βραχίονα καθίσταται αδύνατη .... Δ=15-20% Α=10-15%
- *Μεμονωμένη παράλυση του μέσου νεύρου*

  Η βλάβη του μέσου νεύρου - αναλόγως του ύψους αυτής - επιφέρει παράλυση του επιπολής καμπτήρα τους δακτύλους, του εν τω βάθει καμπτήρα τους δακτύλους πλην του τμήματος για τον παράμεσο και μικρό δάκτυλο, του κερκιδικού καμπτήρα του καρπού και των μυών του θέναρος.
  Από πλευράς αισθητικότητας επιφέρει υπαισθησία ή αναισθησία στην παλαμιαία επιφάνεια των τριών πρώτων δακτύλων και την κερκιδική μοίρα του παραμέσου ως και κατά τη ραχιαία επιφάνεια της ονυχοφόρου ή και της δεύτερης φάλαγγας των εν λόγω δακτύλων.
  Συνηθέστερη είναι η διατομή του μέσου νεύρου κατά το αντιβράχιο και μάλιστα κατά το κάτω τριτημόριό του.
- Επί διατομής του μέσου νεύρου στον βραχίονα ή το αντιβράχιο όπου επέρχεται παράλυση όλων των από αυτό νευρουμένων μυών .... Δ=35-40% Α=30-35%
- Επί διατομής του μέσου νεύρου στο ύψος της πηχεοκαρπικής όπου επέρχεται παράλυση των μυών του θέναρος με αδυναμία αντιθέσεως .... Δ=15-25% Α=5-15%
- Επί χειρουργηθείσης διατομής του μέσου νεύρου ή επί νευραπραξίας του ανεξαρτήτως αιτιολογίας, το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από το λειτουργικό αποτέλεσμα και όχι από την τυχόν παραμένουσα μυϊκή ατροφία των μυών του θέναρος .... Δ=5-10% Α=0-5%
- Επί αποτυχούσης νευροραφής και δημιουργίας νευρινώματος όπου υπάρχει αίσθημα καυσαλγίας, αιμωδίας και διαδρομής ηλεκτρικού ρεύματος πέραν της υπαρχούσης μυϊκής βλάβης .... Δ=20-25% Α=10-20%
- *Μεμονωμένη παράλυση του ωλενίου νεύρου*

  Η βλάβη του ωλενίου νεύρου -αναλόγως του ύψους αυτής- επιφέρει παράλυση του ωλενίου καμπτήρα του καρπού, της

ωλενίου μοίρας του εν τω βάθει καμπτήρα τους δακτύλους, των μυών του οπισθέναρος, του προσαγωγού του αντίχειρα, των ελμινθοειδών και των μεσοστέων μυών καθώς επίσης και υπαισθησία ή αναισθησία της παλαμιαίας επιφάνειας του μικρού δακτύλου και της ωλενίου μοίρας του παράμεσου ως και της ραχιαίας επιφάνειας της ονυχοφόρου ή και της 2ης φάλαγγας των δακτύλων αυτών.

Επί βλάβης του ωλενίου νεύρου ή άκρα χείρα προσλαμβάνει χαρακτηριστική θέση με υπερέκταση των δύο τελευταίων δακτύλων κατά την ΜΚΦ άρθρωση και κάμψη κατά την πρώτη ΦΦ άρθρωση αυτών. Συνηθέστερη είναι η διατομή του ωλενίου νεύρου κατά το αντιβράχιο.

- Επί διατομής του ωλενίου νεύρου ανεξαρτήτως ύψους (βραχίονας, αντιβράχιο, πηχεοκαρπική)....................Δ=25-35% Α=15-25%
- Επί μερικής διατομής του ωλενίου νεύρου το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από την κατάργηση της λειτουργικότητας των προσβεβλημένων μυών (βλ. διατομή ή παράλυση των αναλόγων μυών).
- Επί υπάρξεως αισθητικών διαταραχών αιμωδίας και αισθήματος καυσαλγίας, το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται ως επί ωλενίου νευρίτιδας (βλ. ωλένιο νευρίτιδα).

- *Μεμονωμένη παράλυση του κερκιδικού νεύρου*

Η βλάβη (διατομή) του κερκιδικού νεύρου επιφέρει παράλυση των εκτεινόντων το καρπόν και τους δακτύλους, υπαισθησία δε ή αναισθησία κατά τη ραχιαία επιφάνεια του αντιβραχίου και της άκρας χειρός μέχρι της 2ης φάλαγγας.

Επί παραλύσεως του κερκιδικού νεύρου επέρχεται αδυναμία ραχιαίας εκτάσεως της πηχεοκαρπικής και των δακτύλων, η δε αδυναμία εκτάσεως των δακτύλων επιτείνεται κατά την παθητική ραχιαία έκταση της πηχεοκαρπικής.

- Επί διατομής του κερκιδικού νεύρου στον βραχίονα πριν από την είσδυσή του στην σπειροειδή αύλακα όπου επέρχεται παράλυση όλων των αναφερθέντων μυών.. Δ=45-50% Α=35-40%
- Επί διατομής του κερκιδικού νεύρου στο κάτω τριτημόριο του βραχίονος ή το αντιβράχιο όπου παραμένει η λειτουργία του τρικεφάλου βραχιονίου μυός..................Δ=35-45% Α=25-35%
- Επί μερικής βλάβης του κερκιδικού νεύρου ή νευραπραξίας του ανεξαρτήτως αιτιολογίας, το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από την παραμένουσα λειτουργικότητα των από αυτό νευρουμένων μυών (βλ. σχετικό κεφάλαιο ρήξης μυών).

- *Συνδυασμένη παράλυση μέσου και ωλενίου νεύρου*

Ο συνδυασμός βλάβης μέσου και ωλενίου νεύρου επιφέρει μεγάλη μείωση της λειτουργικότητας του άνω άκρου και ειδικότερα της άκρας χειρός, το δε από αυτήν προκύπτον ποσοστό ανατομοφυσιολογικής βλάβης αποτελεί το άθροισμα των επιμέρους κατά περίπτωση βλαβών, αναλόγως του ύψους αυτής κατά τη μέθοδο εκτιμήσεως επί πολλαπλών βλαβών.

- Επί ολικής παραλύσεως μέσου και ωλενίου νεύρου ....Δ=67% Α=55%
- Επί μερικής βλάβης ανεξαρτήτως αιτιολογίας το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από την παραμένουσα λειτουργικότητα των από αυτό νευρουμένων μυών (βλ. κεφάλαιο διατομή μυών).

Στο ανώτέρω ποσοστό προστίθεται:

- Επί τροφονευρωτικών διαταραχών μετά ατόνων ελκώσεων ....Δ=10-20% Α=5-15%
- Επί πραγματικής καυσαλγίας των δακτύλων..Δ=10% Α=10%

- *Συνδυασμένη παράλυση μέσου και κερκιδικού νεύρου*

Οπως περιγράφεται επί συνδυασμένης βλάβης μέσου και ωλενίου νεύρου.

- *Συνδυασμένη παράλυση ωλενίου και κερκιδικού νεύρου*

Οπως περιγράφεται επί συνδυασμένης βλάβης μέσου και ωλενίου νεύρου.

4.4.5. Ωλένιος νευρίτις

Η ωλένιος νευρίτις, οφειλόμενη συνήθως σε πίεση του ωλενίου νεύρου κατά τον αγκώνα, στην αύλακά του, προκαλεί καυσαλγία και αίσθημα αιμωδίας στην περιοχή αισθητικής κατανομής του ωλενίου νεύρου κατά το αντιβράχιο και την άκρα χείρα, δυνατόν όμως να εξελιχθεί και να προκαλέσει τα ίδια συμπτώματα με την παράλυση του ωλενίου νεύρου αλλά σε ελαφρότερο βαθμό, δηλ. ατροφία των μυών του οπισθέναρος και των λοιπών από αυτό νευρουμένων μυών. Η πάθηση είναι δεκτική βελτιώσεως ή και ιάσεως με χειρουργική επέμβαση. Η διάγνωση γίνεται τόσο από την κλινική σημειολογία όσο και εργαστηριακά (ΗΜΓ και κινητική - αισθητική ταχύτητα αγωγής). Η εκτίμηση των επιπτώσεων της ωλενίου νευρίτιδος επί της λειτουργικότητος της άκρας χειρός θα εξαρτηθεί από το βαθμό μειώσεως αυτής

και δεν θα ληφθούν υπόψη οι τυχόν απομένουσες μυϊκές ατροφίες των αυτόχθονων μυών της άκρας χειρός, οι οποίες δεν αποκαθίστανται παρά την αποκατάσταση της βλάβης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ωλενίου νευρίτιδος αναλόγως των ευρημάτων με συμπτώματα από την αισθητική μόνο μοίρα αυτού, δηλ. καυσαλγία, υπαισθησία, αιμωδία κ.λπ. ....Δ=15% Α=10%
- Επί συμμετοχής και της κινητικής μοίρας αυτού με έκπτωση της λειτουργικότητας των από αυτό νευρουμένων μυών..........Δ=25% Α=15%

4.4.6. Μαιευτική παράλυση

Η μαιευτική παράλυση, οφειλόμενη σε βλάβη του βραχιονίου πλέγματος κατά το τοκετό, μόνο ως προϋπάρχουσα βλάβη θα εκτιμηθεί στο συνολικό ποσοστό ανατομοφυσιολογικής βλάβης από διάφορες παθήσεις.

Η βλάβη είναι μόνιμος και δεν επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου, είναι δε δεκτική βελτιώσεως με χειρουργικές επεμβάσεις, δυνατόν δε να αφορά μέρος ή όλο το βραχιόνιο πλέγμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται ως επί βλάβης του βραχιονίου πλέγματος αναλόγως της βαρύτητάς της (βλ. βλάβες βραχιονίου πλέγματος).

4.4.7. Οστεοποιός μυΐτις

Η οστεοποιός μυΐτις απαντάται συνηθέστερα στην περιοχή του αγκώνος και είναι αποτέλεσμα βιαίων χειρισμών, κατά την ανάταξη καταγμάτων ή κακώσεων στην περιοχή αυτή. Είναι πάθηση δυσίατη και επιφέρει δυσκινησία της αρθρώσεως του αγκώνος άλλοτε άλλου βαθμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας από την πάθηση αυτή εξαρτάται από το βαθμό δυσκινησίας της αρθρώσεως του αγκώνος ή κάποιας άλλης αρθρώσεως στην οποία εντοπίζεται (βλ. ανάλογο κεφάλαιο).

4.4.8. Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνος

Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνος, οφειλόμενο στην πίεση του μέσου νεύρου στην περιοχή της πηχεοκαρπικής από τον εγκάρσιο σύνδεσμο του καρπού, αποτελεί συνήθη επιπλοκή κακώς ανατaχθέντων καταγμάτων της περιοχής αυτής αλλά δυνατόν να οφείλεται και σε ποικίλα άλλα αίτια. Τα εξ αυτού προκαλούμενα ενοχλήματα είναι ανάλογα με το βαθμό πιέσεως και εκφυλίσεως, λόγω χρονιότητας, του μέσου νεύρου, συνίστανται δε σε αιμωδία, νυκτερινή συνήθως καυσαλγία και υπαισθησία μέχρις αναισθησίας στην περιοχή κατανομής του μέσου νεύρου στην παλάμη, ατροφία του θέναρος και μείωση της μυϊκής ισχύος των από το μέσο νεύρο νευρούμενων μυών.

Η διάγνωση της παθήσεως γίνεται από την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα (ΗΜΓ και κινητική - αισθητική ταχύτητα αγωγής), είναι δε δεκτική ιάσεως με απλή χειρουργική επέμβαση. Με τη χειρουργική επέμβαση επέρχεται ύφεση ή εξάλειψη των ενοχλημάτων όχι όμως και αποκατάσταση της επελθούσας μυϊκής ατροφίας των αυτοχθόνων μυών· συνεπώς για την εκτίμηση της ανατομοφυσιολογικής βλάβης από την πάθηση αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η λειτουργικότητα της άκρας χειρός και όχι η υπάρχουσα ατροφία του θέναρος ή τα τυχόν παραμένοντα μετά την επέμβαση ΗΜΓφικά ευρήματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ήπιου συνδρόμου καρπιαίου σωλήνος μετά υποκειμενικών μόνο ενοχλημάτων και ήπιων ΗΜΓραφικών ευρημάτων ....Δ=5% Α=0%
- Επί συνδρόμου καρπιαίου σωλήνος όπου διαπιστώνεται έκδηλη ατροφία του θέρανος και ΗΜΓραφικώς στοιχεία χρόνιας απονευρώσεως των μυών του θέναρος, αναισθησία δε στην περιοχή κατανομής του μέσου νεύρου...Δ=5-15% Α=0-8%
- Επί χειρουργηθέντος συνδρόμου καρπιαίου σωλήνος άνευ επιπλοκών..........Δ=0% Α=0%
- Επί παραμελημένου συνδρόμου καρπιαίου σωλήνος μετά βαρείας ατροφίας των από το μέσο νεύρο νευρουμένων μυών και μεγάλης εκπτώσεως μέχρι καταργήσεως της λειτουργικότητάς τους, το ποσοστό αναπηρίας ισούται με το επί διατομής του νεύρου στον καρπό (βλ. διατομή μέσου νεύρου)
- Επί αμφοτεροπλεύρου συνδρόμου καρπιαίου σωλήνος το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται κατά τη μέθοδο εκτιμήσεως ως επί πολλαπλών βλαβών.

4.4.9. Στενωτική τενοντοελυτρίτιδα De Quervain

Η πάθηση αυτή, συνηθέστερη επί γυναικών, οφείλεται σε στένωση του κοινού ελύτρου από το οποίο διέρχονται οι τένοντες του βραχέος εκτείνοντος και του μακρού απαγωγού του αντίχειρος και προκαλεί αλγεινά ενοχλήματα κατά την έκταση ή απαγωγή του. Η πάθηση θεραπεύεται ευκόλως με απλή χειρουργική επέμβαση και δεν προσδίδει ποσοστό αναπηρίας.

4.4.10. Επικονδυλίτιδα του αγκώνος

Η πάθηση αυτή απαντάται συνήθως σε χειρωνακτικα επαγγέλματα όπου απαιτείται συστροφή του καρπού και στους επαγγελματικώς ασχολούμενους με την αντισφαίριση. Συνήθως υποχωρεί με την ανάπαυση ή πρόσκαιρη ακινητοποίηση και σπανίως απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί επιμόνου ανθεκτικής στη θεραπεία επικονδυλίτιδας ή επί χειρουργηθείσης και μη αποκατασταθείσης.................... Δ=5% Α=3%

4.4.11. Χαλαρός ώμος - Παγωμένος ώμος - Περιαρθρίτιδα του ώμου

Χαλαρός ώμος

Ο χαλαρός ώμος απαντάται συνήθως επί παραμελημένων υποκεφαλικών καταγμάτων μετά εξαρθρήματος της κεφαλής του βραχιονίου οστού ή επί εκτομής της λόγω διαφόρων παθήσεων, επιφέρει δε αστάθεια της αρθρώσεως, μείωση της μυϊκής ισχύος και αδυναμία ανυψώσεως του άνω άκρου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί χαλαρού ώμου αναλόγως του βαθμού επηρεασμού της λειτουργικότητας του άνω άκρου, ήτοι αδυναμίας ανυψώσεως, περιορισμού της κινητικότητας του ώμου και μειώσεως της μυϊκής ισχύος ως και της ηλικίας και του επαγγέλματος
.... Δ=20-35% Α=10-25%

Παγωμένος ώμος

Ο παγωμένος ώμος οφείλεται συνήθως σε βίαιη ανάταξη εξαθρήματός του, παραμελημένη περιαρθρίτιδα ή χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή του ώμου με αποτέλεσεσμα τη δημιουργία εκτεταμένων συμφύσεων οι οποίες προκαλούν σχεδόν πλήρη αγκύλωση της αρθρώσεως, συνήθως δε σε μη λειτουργική θέση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας εκ της παθήσεως αυτής καθορίζεται από το βαθμό δυσκινησίας ή αγκύλωσης της αρθρώσεως (βλ. δυσκινησία ή αγκύλωση ώμου).

Περιαρθρίτιδα της κατ' ώμον αρθρώσεως

Η περιαρθρίτιδα του ώμου, οφειλόμενη στη δημιουργία συμφύσεων ή εναπόθεση αλάτων ασβεστίου στους περιαρθρικούς ορογόνους θυλάκους από διάφορα αίτια, προκαλεί έντονα αλγεινά ενοχλήματα και άλλοτε άλλου βαθμού περιορισμό της κινητικότητας της κατ ώμον αρθρώσεως.

Η πάθηση υποχωρεί συνήθως με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και φυσιοθεραπεία και δεν καταλείπει αναπηρία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί επιμόνων αλγεινών ενοχλημάτων μετά περιορισμού της κινητικότητας του ώμου αναλόγως του βαθμού αυτής
.... Δ=5-15% Α=0-10%

4.5. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΥΕΛΙΚΗΣ ΖΩΝΗΣ - ΙΣΧΙΟΥ - ΜΗΡΟΥ

Γενικώς, τα κύρια στοιχεία επί των οποίων βασίζεται ο υπολογισμός της ανικανότητας επί τραυματικών βλαβών της πυελικής ζώνης, του ισχίου και του μηρού είναι τα ακόλουθα:

1) Η παρουσία δυσκινησίας ή αγκυλώσεως των γειτνιαζουσών προς το κάταγμα αρθρώσεων.
2) Η παρουσία βραχύνσεως του σκέλους.
3) Η πλημμελής πόρωση του κατεαγότος οστού ή η παρουσία ψευδαρθρώσεως αυτού ή υπερμεγέθους πώρου.
4) Η πώρωση του κατάγματος σε γωνιώδη σύγκαμψη ή εφίππευση με αποτέλεσμα την παρέκκλιση ως προν τον άξονα και τη βράχυνση του οστού και με αναπόφευκτο επακόλουθο τη δυσχέρεια βαδίσεως.
5) Η παρουσία μυϊκής ατροφίας.
6) Η παρουσία κινητικών, αισθητικών, κυκλοφορικών ή τροφικών διαταραχών.
7) Η δυσχέρεια της βαδίσεως.
8) Οι συνυπάρχουσες επιπλοκές εκ μέρους των νεύρων ή σπλαγχνικών βλαβών.
9) Η ηλικία του παθόντος.

4.5.1. Κατάγματα πυέλου (πτέρυγας λαγονίου, ηβικού, ισχιακού, ηβοϊσχιακών κλάδων)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κάταγμα της πτέρυγας του λαγονίου 10-20%
- Κάταγμα του ενός ηβικού ή του ενός ισχιακού κλάδου....5-10%
- Κάταγμα του ενός ηβοϊσχιακού κλάδου (ετερόπλευρο)...10-15%
- Κάταγμα αμφοτέρων των ηβοϊσχιακών κλάδων 15-20%

4.5.2. Κατάγματα κοτύλης (πυθμένος, οπισθίου τοιχώματος)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί κατάγματος της οφρύος της κοτύλης....5%
- Επί ρωγμώδους κατάγματος του οπισθίου τοιχώματος της κοτύλης άνευ αρθροπάθειας....0%
- Επί ρωγμώδους κατάγματος του οπισθίου τοιχώματος της κοτύλης μετά μονίμου αρθροπάθειας της κατ' ισχίον αρθρώσεως, αναλόγως της δυσκινησίας της 15-25%
- Επί κατάγματος του πυθμένος της κοτύλης μετά αναταχθέντος ή μη κεντρικού εξαρθρήματος του ισχίου, αναλόγως της δυσκινησίας της αρθρώσεως, της αναπτύξεως οστεοαρθρίτιδας και των αλγεινών ενοχλημάτων 35-67%

4.5.3. Διάσταση ηβικής συμφύσεως μετά ή άνευ υπεξαρθρήματος των ιερολογονίων

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Διάσταση της ηβικής συμφύσεως ή εξάρθρημα αυτής 10-15%
- Διάσταση της ηβικής συμφύσεως μετά υπεξαρθρήματος της ιερολαγονίου 30%
- Διάσταση της ηβικής συμφύσεως μετά εξαρθρήματος της ιερολαγονίου, σπανίως παρουσιαζόμενης 50%

4.5.4. Εξάρθρημα ιερολαγονίων

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Υπεξάρθρημα της ιεραλογονίου 20%
- Εξάρθρημα της ιερολαγονίου, σπανίως παρουσιαζόμενου ..40%

4.5.5. Κάταγμα ιερού οστού

Επί μεμονωμένου κατάγματος του ιερού οστού, ο βαθμός της αντικανότητας εξαρτάται από τη θέση του κατάγματος και των διαταραχών εκ μέρους του ιερού ή του κοκκυγικού πλέγματος (κινητικές διαταραχές, αισθητικές διαταραχές, διαταραχές εκ μέρους των σφιγκτήρων και των γεννητικών οργάνων).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί μεμονωμένου κατάγματος μιας από τις πτέρυγες του ιερού οστού 5-10%
- Επί μεμονωμένου καθέτου κατάγματος του σώματος του ιερού οστού άνευ νευρολογικών διαταραχών 15-25%
- Επί μεμονωμένου οριζόντιου κατάγματος του σώματος του ιερού οστού (βλάβη των ιερολαγονίων αρθρώσεων) άνευ νευρολογικών διαταραχών 25-35%

Επί κατάγματος του ιερού οστού μετά διαταραχών εκ μέρους των σφιγκτήρων (της ουροδόχου κύστεως και του ορθού), μετά παρουσίας διαταραχών της γενετήσιας λειτουργίας, αναλόγως της βαρύτητας αυτών 50-80%

4.5.6. Τραυματικό παραμελημένο εξάρθρημα ισχίου

Το τραυματικό εξάρθρημα του ισχίου διακρίνεται, κατά σειρά συχνότητας, σε οπίσθιο, κεντρικό και πρόσθιο. Συνήθως, επί του οπισθίου και κεντρικού τραυματικού εξαρθρήματος του ισχίου, συνυπάρχουν κακώσεις.

α) Οπίσθιο εξάρθρημα

Είναι δυνατόν να συνυπάρχουν είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό:

1) Κάταγμα του οπίσθιου τοιχώματος ή της οροφής της κοτύλης.
2) Κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου.
3) Κάταγμα της διαφύσεως του μηριαίου.
4) Τραυματισμός του ισχιακού νεύρου.

β) Κεντρικό εξάρθρημα

Είναι δυνατό να συνυπάρχουν είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό:

1) Κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου.
2) Κάταγμα του πυθμένος της κοτύλης.

γ) Πρόσθιο εξάρθρημα

Ενίοτε είναι δυνατό να συνυπάρχει μικρό κάταγμα του πρόσθιου χείλους της κοτύλης.

Επιπλοκές:

Το τραυματικό εξάρθρημα του ισχίου - και κατά μείζονα λόγο το παραμελημένο - είναι δυνατό να παρουσιάσει, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό, τις ακόλουθες επιπλοκές:

1) Ασηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου.
2) Οστεοποιό μυΐτιδα.
3) Μόνιμη τραυματική βλάβη του ισχιακού νεύρου.
4) Εκφυλιστική, μετατραυματική αρθροπάθεια της κατ' ισχίον αρθρώσεως.
5) Ατροφία των μυών του συστοίχου γλουτού και μηρού.
6) Βράχυνση του σκέλους.

Αντικειμενικό κλινικό εύρημα, από τις ανωτέρω επιπλοκές, είναι η δυσκινησία της αρθρώσεως του ισχίου, η οποία έχει ως αναπόφευκτο επακόλουθο τη δυσχέρεια βαδίσεως.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγα με το βαθμό της δυσκινησίας της κατ' ισχίον αρθρώσεως και τη βαρύτητα των συνυπαρχουσών επιπλοκών........ 50-80%.

4.5.7. Κατάγματα περιοχής αυχένος του μηριαίου (υποκεφαλικά, βασεοαυχενικά, διατροχαντήρια, υποτροχαντήρια)

Το ποσοστό μονίμου αναπηρίας, μετά την πώρωση των ανωτέρω καταγμάτων, εξαρτάται από την τυχόν βράχυνση του σκέλους, τον περιορισμό της κινητικότητας της κατ' ισχίον αρθρώσεως, τη μυϊκή ατροφία και την πώρωση αυτών σε καλή, πλημμελή ή κακή θέση. Επομένως:

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κατάγματα πωρωθέντα σε καλή θέση (είτε με συντηρητική είτε με χειρουργική θεραπεία), άνευ περιορισμού της κινητικότητας του ισχίου και χωρίς βράχυνση του σκέλους, αναλόγως ηλικίας........ 0-10%
- Κατάγματα πωρωθέντα σε θέση ραιβότητας μετά βραχύνσεως του σκέλους και περιορισμού της κινητικότητας της κατ' ισχίον αρθρώσεως, ανάλογα με τη βράχυνση και τον περιορισμό της κινητικότητας 35-50%

4.5.8. Ασηπτος νέκρωση της μηριαίας κεφαλής

Επί ασήπτου νεκρώσεως της μηριαίας κεφαλής το ποσοστό φυσικής αναπηρίας εξαρτάται από τη βράχυνση του σκέλους, την παραμόρφωση της μηριαίας κεφαλής και τον περιορισμό της κινητικότητας της κατ' ισχίον αρθρώσεως

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 30-50%

4.5.9. Κατάγματα διαφύσεως μηριαίου και υπερκονδύλια

Το ποσοστό φυσικής αναπηρίας επί καταγμάτων της διαφύσεως του μηριαίου και υπερκονδυλίων εξαρτάται:

α) από την πώρωση αυτών σε καλή ή πλημμελή θέση
β) από την υπολειμματική μυϊκή αδυναμία
γ) από την τυχόν δυσκινησία των γειτνιαζουσών αρθρώσεων
δ) από τη βράχυνση του σκέλους.

1) Κατάγματα τροχαντήρων
Τα κατάγματα των τροχαντήρων δεν καταλείπουν συνήθως μόνιμη φυσική αναπηρία. Ενίοτε τα κατάγματα του μείζονος τροχαντήρος, πωρούμενα σε υψηλότερη από την ανατομική τους θέση, προκαλούν μικρή αδυναμία ενεργητικής απαγωγής του σκέλους συνεπεία της βραχύνσεως του μήκους του μέσου γλουτιαίου μυός

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-5%

2) Επί κατάγματος του άνω ή του μέσου τριτημορίου της διαφύσεως του μηριαίου, πωρωθέντος σε καλή θέση χωρίς βράχυνση και χωρίς περιορισμό της κινητικότητας του ισχίου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-5%

3) Επί κατάγματος του άνω ή μεσου τριτημορίου της διαφύσεως του μηριαίου πωρωθέντος σε καλό άξονα αλλά εν εφιππεύσει μετά βραχύνσεως του σκέλους και χωρίς άλλη λειτουργική διαταραχή, ανάλογα με το βαθμό της βραχύνσεως

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

4) Επί κατάγματος του κάτω τριτημορίου του μηριαίου πωρωθέντος σε καλή θέση μετά ελαφράς δυσκινησίας του γόνατος, ήτοι κάμψεως 0°-110°

➢ ΠΩΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

5) Επί κατάγματος του κάτω τριτημορίου του μηριαίου σε γωνίωση (ραιβότητα ή βλαισότητα) μετά δυσκινησίας του γόνατος, αναλόγως της γωνιώσεως και της δυσκινησίας, ως κατωτέρω:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Γωνίωση 10° περίπου με μικρή δυσκινησία του γόνατος (κάμψη 0° έως 110°) 10-15%
- Γωνίωση 15° περίπου με μέτριο βαθμό δυσκινησίας του γόνατος (κάμψη 0°-90°) 15-20%
- Γωνίωση 20° και άνω με μέτρια ως μεγάλη δυσκινησία του γόνατος, ήτοι κάμψη 0°-60°, ή κάμψη 20°-80° 35-40%
- Γωνίωση 20° και άνω με μεγάλη δυσκινησία του γόνατος, ήτοι κάμψη 0°-45° ή κάμψη 20°-60° 40-50%

Επί συνυπάρξεως βραχύνσεως του σκέλους προστίθεται το ανάλογο ποσοστό.

4.5.10. Ψευδάρθρωση καταγμάτων μηριαίου (αυχένα, διαφύσεως)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί ψευδαρθρώσεως υποκεφαλικού κατάγματος που αφορά:
  α) άτομο νεαρής ηλικίας 50-67%
  β) άτομο μέσης ή μεγάλης ηλικίας 67-80%
- Επί ψευδαρθρώσεως διατροχαντήριου κατάγματος (σπάνια περίπτωση) ή υποτροχαντήριου κατάγματος που αφορά:
  γ) άτομο νεαρής ηλικίας
  Επί στερράς ψευδαρθρώσεως 25-50%
  Επί χαλαράς ψευδαρθρώσεως 50-67%
  δ) άτομο μέσης ή μεγάλης ηλικίας
  Επί στερράς ψευδαρθρώσεως 50-67%
  Επί χαλαράς ψευδαρθρώσεως 67-80%
- Επί ψευδαρθρώσεως κατάγματος της διαφύσεως του μηριαίου που αφορά:
  ε) άτομο νεαρής ηλικίας
  Επί στερράς ψευδαρθρώσεως 35-50%
  Επί χαλαράς ψευδαρθρώσεως 50-67%
  στ) άτομο μέσης ή μεγάλης ηλικίας
  Επί στερράς ψευδαρθρώσεως 50-67%
  Επί χαλαράς ψευδαρθρώσεως 67-80%
- Επί ψευδαρθρώσεως κατάγματος του κάτω τριτημορίου του μηριαίου που αφορά:
  ζ) άτομο νεαράς ηλικίας 35-50%
  η) άτομο μέσης ή μεγάλης ηλικίας 50-67%

4.5.11. Δυσκινησία της αρθρώσεως του ισχίου

Οι κύριες αιτίες οι οποίες προκαλούν δυσκινησία της αρθρώσεως του ισχίου είναι οι ακόλουθες:

1) Κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου ή της πυέλου ή εξάρθρημα του ισχίου.
2) Χρονία φλεγμονή της αρθρώσεως του ισχίου (αρθρίτιδες).
3) Εκφυλιστική αρθροπάθεια.

Τα κύρια στοιχεία για τον υπολογισμό του βαθμού της ανικανότητας επί δυσκινησίας του ισχίου είναι:

α) Το εύρος της κινήσεως της αρθρώσεως.
β) Ο πόνος.
γ) Η μυϊκή ατροφία του σύστοιχου γλουτού ή μυών του μηρού (τετρακέφαλος - οπίσθιοι μηριαίοι).

Η κατ' ισχίον άρθρωση αποτελεί λίαν σημαντική άρθρωση και οι βλάβες αυτής επηρεάζουν τη λειτουργικότητα ολόκληρου του σώματος.

Στην κατ' ισχίον άρθρωση επιτελούνται κινήσεις κάμψεως, εκτάσεως, προσαγωγής, απαγωγής και στροφικές, οι σημαντικότερες όμως από αυτές είναι η κάμψη, η απαγωγή και οι στροφικές κινήσεις, ιδίως η έξω στροφή.

Το εύρος των κινήσεων που επιτελούνται στην κατ' ισχίον άρθρωση έχει ως ακολούθως.

Κάμψη	: 0°-125°	Προσαγωγή	: 0°-45°
Εκταση	: 0°-20°	Εξω στροφή	: 0°-45°
Απαγωγή	: 0°-45°	Εσω στροφή	: 0°-45°

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ο βαθμός της ανικανότητας επί δυσκινησίας του ισχίου υπολογίζεται ως εξής:

- Μικρού βαθμού περιορισμός, ήτοι κάμψη από 0°-120°, απαγωγή, προσαγωγή, στροφικές κινήσεις ίσες προς το 50% των φυσιολογικών 20%
- Μέτριου βαθμού περιορισμός, ήτοι κάμψη από 15°-110°, απαγωγή, προσαγωγή, στροφικές κινήσεις ίσες προς το 25% των φυσιολογικών 35%
- Βαρύς περιορισμός της κινητικότητας, ήτοι κάμψη από 30° 90°, απαγωγή, προσαγωγή, στροφικές κινήσεις κατηργασμένες έως 25% των φυσιολογικών 50%

4.5.12. Αγκύλωση-αρθρόδεση της κατ' ισχίον αρθρώσεως

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε καλή θέση, ήτοι κάμψη 15°, απαγωγή 0° και ουδέτερη θέση από πλευράς στροφών 50%
- Σε κακή θέση, ήτοι σε κάμψη και προσαγωγή ή σε απαγωγή και έσω ή έξω στροφές 67-80%
- Επί αμφοτεροπλεύρου 90-100%

4.5.13. Ακρωτηριασμός περιοχής πυέλου-μηρού (ημιπυελεκτομή, απεξάρθρωση, ακρωτηριασμός άνω-μέσου-κάτω τριτημορίου μηρού)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ημιπυελεκτομή 100%
- Απεξάρθρωση του ισχίου 90-100%
- Διατροχαντήριος ακρωτηριασμός 90-100%
- Υποτροχαντήριος ακρωτηριασμός (άνω τριτημορίου μηρού) 80-90%
- Ακρωτηριασμός μέσου τριτημορίου μηρού 67-80%
- Ακρωτηριασμός κάτω τριτημορίου μηρού 67-80%

Η διακύμανση των ανωτέρω ποσοστών βασίζεται:

α) Στην καλή ή κακή (επώδυνη, κ.λπ.) κατάσταση του κολοβώματος.
β) Στη δυνατότητα ή μη χρησιμοποιήσεως τεχνητού μέλους.

4.5.14. Εκτομή μηριαίας κεφαλής-αυχένος και χαλαρό ισχίο

Η εκτομή της μηριαίας κεφαλής και του αυχένος δημιουργεί το χαλαρό ισχίο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί εκτομής της κεφαλής και αυχένος του μηριαίου άνω οστεοτομίας στηρίξεως (Milch, Bachelor, Girdlestone, κ.λπ.) 67-80%
- Επί εκτομής κεφαλής - αυχένος του μηριαίου μετά οστεοτομίας στηρίξεως 67%

4.5.15. Οστεοαρθρίτιδα ισχίου (εκφυλιστική-μετατραυματική)

Το ποσοστό φυσικής αναπηρίας εξαρτάται:

α) Από τον περιορισμό της κινητικότητας της κατ' ισχίον αρθρώσεως.
β) Από την ένταση των αλγεινών συμπτωμάτων.
γ) Από τη συνύπαρξη ή μη μυϊκής ατροφίας (μυών γλουτού ή μηρού).
δ) Από την παρουσία ή όχι βραχύνσεως του σκέλους.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ετεροπλεύρου οστεοαρθρίτιδας 25-50%
- Επί αμφοτεροπλεύρου οστεοαρθρίτιδας 50-80%
- Επί οστεοαρθρίτιδας του ισχίου, όπου έγινε διατροχαντήριος ή υποτροχαντήριος οστεοτομία:
  - Με μέτριου βαθμού περιορισμό της κινητικότητας της κατ' ισχίον αρθρώσεως, χωρίς σύγκαμψη και με βράχυνση του σκέλους κατά 2-3 εκ. 35-50%
  - Με μεγάλο βαθμό περιορισμό της κινητικότητας του ισχίου 50-67%

- Επί αμφοτεροπλεύρου οστεοτομίας ανάλογα με την κινητικότητα 67-80%

4.5.16. Αρθροπλαστικές ισχίου (ολική-μερική)

1. Ολική αρθροπλαστική της κατ' ισχίον αρθρώσεως

Η ολική αρθροπλαστική αποτελεί σύγχρονη μέθοδο θεραπείας, κυρίως της οστεοαρθρίτιδας της κατ' ισχίον αρθρώσεως και άλλων συναφών παθήσεών της, με την οποία επιτυγχάνεται περιορισμός ή και εξάλειψη των ενοχλημάτων, όχι όμως και ίαση της παθήσεως.

Η ικανότητα του ατόμου προς εργασία δεν πρέπει να κρίνεται μόνο από την κινητικότητα της τεχνητής αυτής αρθρώσεως αλλά και από τη φύση και τις απαιτήσεις του επαγγέλματος του πάσχοντος, όπως και από την πληθώρα των επιπλοκών, οι οποίες είναι δυνατό να παρουσιασθούν.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ολικής αρθροπλαστικής καλώς λειτουργούσης με ικανοποιητική κινητικότητα ήτοι κάμψη 90°, απαγωγή 30° και λοιπές κινήσεις προς το 50% των φυσιολογικών 50%
- Επί ολικής αρθροπλαστικής με σημαντικού βαθμού περιορισμό της κινητικότητας, ήτοι παρουσία συγκάμψεως του ισχίου και περαιτέρω κάμψεως μέχρι 70°, απαγωγή από 0°-20° και μεγάλο περιορισμό των στροφικών κινήσεων μέχρι καταργήσεώς τους, ως και έκδηλου άλγους 67%
- Επί ολικής αρθροπλαστικής μετά ακτινογραφικών σημείων χαλαρώσεως του κυπελλίου ή του στυλεού της προθέσεως, ή προωθήσεως του κυπελλίου προς τα έσω ή άνω λόγω διαβρώσεως της κοτύλης, ή απορροφήσεως του οστικού φλοιού στο σημείο στηρίξεως του στυλεού, ως και επί υπάρξεως άλγους, δυσκινησίας της αρθρώσεως και δυσχέρειας βαδίσεως, αναλόγως 67-80%
- Επί ολικής αρθροπλαστικής μετά κλινικής, εργαστηριακής και ακτινογραφικής σημειολογίας, χαμηλής τοξικότητας φλεγμονής, μη υποχωρούσης με τη συντηρητική αγωγή οπότε επιβάλλεται η αφαίρεση της προθέσεως 80%
- Επί επιμολυνθείσης ολικής αρθροπλαστικής μετά υπάρξεως συριγγωδών πόρων ή κατά περιόδους εμφανίσεως συμπτωμάτων τους, οξείας ή υποξείας φλεγμονής μη υποχωρούσης δια συντηρητικών μεθόδων θεραπείας οπότε και επιβάλλεται η χειρουργική αντιμετώπιση της καταστάσεως 80-90%

2. Μερική αρθροπλαστική της κατ' ισχίον αρθρώσεως (Thompson, Moore κ.λπ.)

Το ποσοστό φυσικής αναπηρίας εξαρτάται από την κινητικότητα του ισχίου, της υπάρξεως ή μη αλγεινών ενοχλημάτων, της καλής θέσεως της προθέσεως, της έλλειψης επιπλοκών και του επαγγέλματος του πάσχοντος και είναι μεγαλύτερο σ' αυτούς που ασκούν βαρέα και χειρωνακτικά επαγγέλματα.

Για τον καθορισμό του ποσοστού φυσικής αναπηρίας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι απώτερες επιπλοκές των αρθροπλαστικών αυτών, ήτοι η διάβρωση της κοτύλης, την οποία προκαλούν με το χρόνο, η χαλάρωση του στυλεού κ.λπ. και της εξ αυτών ανάγκης μετατροπής της μερικής σε ολική αρθροπλαστική.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μερική αρθροπλαστική καλώς λειτουργούσα, αναλόγως ενοχλημάτων 15-35%
- Μερική αρθροπλαστική με διάβρωση της κοτύλης, περιορισμό της κινητικότητας του ισχίου όπως και πόνο κατά τη βάδιση, ανάλογα με την ένταση των ενοχλημάτων 50-67%
- Μερική αρθροπλαστική με ακτινογραφική χαλάρωση του στυλεού, απορρόφηση του οστικού φλοιού στο σημείο στηρίξεως ή χαμηλής τοξικότητας φλεγμονή (low grade infection)..................67%
- Μερική αρθροπλαστική επιμολυνθείσα, με συριγγώδεις πόρους ή κατά περιόδους εμφάνιση συμπτωμάτων οξείας ή υποξείας φλεγμονής για την οποία απαιτείτα η αφαίρεση της προθέσεως 67-80%

4.5.17. Αρθρίτιδα ιερολαγονίων-ιερολαγονίτιδες

Οι κυριότερες μορφές αρθρίτιδας των ιερολαγονίων αρθρώσεων είναι:

α) Μετατραυματική ιερολαγονίτιδα (βλ. υποκεφάλαια 4.5.4 και 4.5.5)

β) Φλεγμονώδης ιερολαγονίτιδα (φυματιώδους ή οστεομυελιτικής αιτιολογίας).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας και των αλγεινών συμπτωμάτων όπως και της συνυπάρξεως ή όχι νευρολογικών ευρημάτων (ριζίτιδα, κ.λπ.) 25-50%

4.5.18. Επιφυσιόλυση-Επιφυσιολίσθηση της μηριαίας κεφαλής

Το ποσοστό της φυσικής αναπηρίας υπολογίζεται από το βαθμό

περιορισμού της κινητικότητας της κατ' ισχίον αρθρώσεως:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ετερόπλευρος, χωρίς δημιουργία δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδας 0-15%
- Αμφοτερόπλευρος χωρίς δημιουργία δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδας 15-35%
- Επί αναπτύξεως δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδας (βλ. οστεοαρθρίτιδα ισχίου) ....25-67%.

4.5.19. Ρήξη μυικών ινών ή των τενόντων (τετρακέφαλου-επιγονατιδικού συνδέσμου)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί μικράς ρήξεως του μυός ή του τένοντα του τετρακεφάλου, χωρίς περιορισμό της τελείας εκτάσεως της κνήμης 0%
- Επί ρήξεως του τένοντα του τετρακέφαλου ή του επιγονατιδικού συνδέσμου ή επιμηκύνσεως αυτών, χωρίς επαρκές εγχειρητικό αποτέλεσμα, αναλόγως της εκτάσεως της κνήμης 25-35%
- Επί αποσπάσεως του κνημιαίου κυρτώματος και ανεπάρκειας της εκτάσεως της κνήμης, παρουσίας πόνου κατά τη βάδιση 25-35%

Τα ανωτέρω ισχύουν επί ετεροπλεύρου περιπτώσεως. Στη σπάνια περίπτωση της αμφοτεροπλεύρου περιπτώσεως, το Π.Α. διπλασιάζεται.

4.5.20. Μετατραυματική ατροφία των γλουτιαίων μυών και των μυών του μηρού (τετρακέφαλου και οπίσθιων μηριαίων)

Κατά γενικό κανόνα, ο βαθμός της ανικανότητας επί παρουσίας μυϊκής ατροφίας των γλουτιαίων ή του τετρακέφαλου, επιπροστίθεται στο βαθμό της ανικανότητας από τις λοιπές τραυματικές βλάβες της πυελικής ζώνης, του ισχίου ή του μηρού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί μυϊκής ατροφίας των γλουτιαίων μηρών, αναλόγως αυτής 5-10%
- Επί μυϊκής ατροφίας του μηρού 1-2 εκ. 5%
- Επί μυϊκής ατροφίας του μηρού 3-5 εκ. 15-20%

4.6. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΓΟΝΑΤΟΣ-ΚΝΗΜΗΣ

Επί των βλαβών και παθήσεων του παρόντος κεφαλαίου προς προσδιορισμό του ποσοστού αναπηρίας θα ληφθούν υπόψη: Η φυσιολογική λειτουργικότητα των σκελών δεν είναι απαραίτητος σ'όλα τα επαγγέλματα (π.χ. επί γραφέως που εργάζεται καθήμενος, θα δοθεί μικρότερο Π.Α. παρά σε χειρώνακτα και δη οικοδόμο). Δεν υφίσταται διαφορά Π.Α. μεταξύ (Δ) ή (Α) πλευράς (πλην σε τροχείς, εργάτες που πιέζουν πλαίσια πρεσσών με το ένα πόδι, μοδίστρες κ.λπ.). Σε επεμβάσεις όπου έγινε χρήση μεταλλικού υλικού (οστεοσυνθέσεις-αρθροπλαστικές), η ακτινογραφική ανεύρεση του υλικού ουδόλως πρέπει να εντυπωσιάζει και να επηρεάζει τους κριτές ιατρούς των Επιτροπών καθόσον, επί επιτυχούς επεμβάσεως, η ύπαρξη του υλικού επαυξάνει την ανθεκτικότητα στις καταπονήσεις. Επί οστεοαρθρίτιδας (ΟΑ)του γόνατος πρέπει όπως αναλύονται και εκτιμώνται τόσο τα κλινικά όσο και τα ακτινογραφικά ευρήματα καθόσον, συχνά οι από τον κρινόμενο προβαλλόμενες αιτιάσεις δεν ανταποκρίνονται στην αληθή νοσηρότητα της καταστάσεώς του. Τέλος, επί ΟΑ του γόνατος, ως επί το πολύ, πάσχουν και τα δύο γόνατα.

4.6.1. Κατάγματα επιγονατίδας

Σημ. Τα κατάγματα της επιγονατίδας διακρίνονται σε εγκάρσια, λοξά, κάθετα, συντριπτικά ως και σε κατάγματα των χειλέων της. Για τον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας πρέπει να ληφθούν υπόψη η επέλευση ή όχι πωρώσεώς του κατάγματος σε πλημμελώς ανατομική θέση (μεγάλος κίνδυνος εμφανίσεως Ο.Α. της επιγονατιδομηριαίας αρθρώσεως επί μη επιτεύξεως της ανατομικής συνέχειας της αρθρικής επιφάνειας αυτής), εάν ο πώρος είναι ινώδης ή όχι (επειδή επί ινώδους πώρου και σχετικής απομακρύνσεως των κατεαγότων τεμαχίων επέρχεται χάλαση, άλλοτε άλλη, του εκτατικού μηχανισμού του γόνατος, με αποτέλεσμα τη μη πλήρη έκταση της κνήμης επί του μηρού). Ομοίως προσοχή ώστε να μη εκληφθεί διφυής επιγονατίδα, ως ψευδαρθρωμένο κάταγμα του χείλους της. Τα συντριπτικά κατάγματα της επιγονατίδας καταλήγουν εν γένει σε επιγονατιδεκτομή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κατάγματα επιγονατίδας εγκάρσια, λοξά ή κάθετα πωρωθέντα και άνευ αποτόκων διαταραχών 0%
- Κατάγματα επιγονατίδας εγκάρσια, λοξά ή κάθετα πωρωθέντα σε πλημμελή θέση με απαρχή εμφανίσεως Ο.Α. της επιγονατιδομηριαίας αρθρώσεως 10%
- Κατάγματα επιγονατίδας εγκάρσια, λοξά ή κάθετα με εμφάνιση ινώδους πώρου άνευ σαφούς απομακρύνσεως των κατεαγότων τεμαχίων 10%

Συντριπτικά κατάγματα της επιγονατίδας

Σημ. Το αδύνατο της επιτεύξεως ανατομικής ανατάξεως στα ανωτέρω κατάγματα έχει ως συνέπεια την εμφάνιση Θ.Α. της επιγονατιδομηριαίας αρθρώσεως, με αποτέλεσμα τη δυσκινησία της. Επίσης μερικά κατεαγότα τεμάχια δυνατόν να εμφανίσουν ινώδη πώρο.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κατάγματα συντριπτικά επιγονατίδας πωρωθέντα με μικρή διαταραχή της αρθρικής επιφάνειας της και με ύπαρξη απαρχής ή όχι Ο.Α. (επανεξέταση υπό Επιτροπής μετά 1 έτος από της επελεύσεως του κατάγματος) 10%
- Συντριπτικά κατάγματα επιγονατίδος πωρωθέντα με μεγάλη ανωμαλία της αρθρικής επιφάνειάς της και με σαφή στοιχεία Ο.Α. της επιγονατιδομηριαίας αρθρώσεως 20-25%
- Κατάγματα χειλέων επιγονατίδας, πωρωθέντα ή εμφανίζοντα ινώδη πώρο ή και ψευδαρθρωθέντα, χωρίς όμως παρεμβολή τους μεταξύ των αρθρουμένων επιφανειών της επιγονατιδομηριαίας αρθρώσεως 0-5%
- Κατάγματα χειλέων επιγονατίδας ψευδαρθρωθέντα και προκαλούντα εμπλοκές στην επιγονατιδομηριαία άρθρωση (και αναλόγως της συχνότητας των εμπλοκών αυτών ή και της απαρχής εμφανίζεως Ο.Α. ή όχι) 15-20%

Θα ληφθεί υπόψη σοβαρώς και το είδος της εργασίας του πάσχοντος.

4.6.2. Συνδεσμικές κακώσεις γόνατος (έσω-έξω πλαγίων, χιαστών ως και μικτών κακώσεων συνδέσμων)

Σημ. Οι κακώσεις των συνδέσμων του γόνατος διακρίνονται σε απλές ή τοπικές θλάσεις και σε ρήξεις των συνδέσμων. (Οι ρήξεις δυνατόν να είναι μερικές ή ατελείς ως και τέλειες). Δυνατόν οι ως άνω κακώσεις να αφορούν έναν μόνο ή περισσοτέρους από τους παραπάνω συνδέσμους ως επίσης να συνυπάρχει και αποσπαστικό κάταγμα της εκφύσεως ή καταφύσεως του συνδέσμου. Σε βαρειές βλάβες δυνατόν να κακωθεί και ο μηνίσκος. Σοβαρότατο ρόλο στο βαθμό αποκαταστάσεως της φυσιολογικής λειτουργικότητας της αρθρώσεως, εκτός των άλλων, ενέχει η κατάλληλη και έγκαιρα εφαρμοσθείσα φυσικοθεραπεία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απλές θλάσεις ή ατελείς (μερικές) ρήξεις συνδέσμου ή συνδέσμων άνευ διαταραχών ή με μικρά διάταση ενός των δύο μεσαρθρίων διαστημάτων του γόνατος 0%
- Πλήρης ρήξη ενός συνδέσμου με σαφή διάσταση του συστοίχου μεσαρθρίου διαστήματος ή με ύπαρξη συρταροειδών κινήσεων μεσαίας ευρύτητας και ως εκ τούτου σχετική αστάθεια του γόνατος (περίπτωση ρήξεως χιαστών) 10-15%
- Τελεία ρήξη των συνδέσμων (2 ή 3 εξ αυτών ή συνδυασμός ενός συνδέσμου και ενός των μηνίσκων με σαφή αστάθεια του γόνατος κ.λπ.) 20-25%

Επί χειρουργικής αντιμετωπίσεως των συνδεσμικών κακώσεων του γόνατος, ο χρόνος από της επεμβάσεως δέον όπως ανέρχεται σε ένα 6μηνο τουλάχιστον (οπότε και επανεξέταση), το δε ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ του βαθμού χαλαρότητας της αρθρώσεως.

4.6.3. Ρήξεις μηνίσκων - Μηνισκεκτομή - Μηνισκοπάθειες

Ρήξεις μηνίσκων

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί ρήξεως ενός μηνίσκου με συχνές εμπολοκές του γόνατος, ύδραρθρο, άλγη και αρχόμενη οστεαρθρίτιδα γόνατος. 15-20%

Μηνισκεκτομή

Επί καλής μετεγχειρητικής κινητικότητας του γόνατος άνευ χαλάσεως των συνδέσμων και μη υπάρξεως στοιχείων Ο.Α. (Αποκατάσταση του γόνατος μετά 6μηνο από της επεμβάσεως). Επί μηνισκεκτομής με απαρχή στοιχείων Ο.Α. ή ενοχλημάτων

εκ παραμονής μικρού τμήματος του μηνίσκου, παρά' την επέμβαση, ύπαρξη σπανίων εμπλοκών και αλγών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

Επί εμφανίσεως σοβαροτέρας μορφής Ο.Α., δυσκινησίας του γόνατος βλ. υποκεφ. 4.6.7. και 4.6.13.

Δισκοειδής μηνίσκος-Μηνισκικές κύστεις-χαλαρός μηνίσκος

Ως και στα ως άνω υποκεφάλαια.

Μηνισκοπάθειες

Μηνισκίτιδα

Σημ. Ακτινολογική ανεύρεση αλάτων Ca στους μηνίσκους. Το ως άνω αποτελεί εύρημα γενικότερης παθήσεως μάλλον (ψευδοουρική αρθρίτιδα), συχνά δε ανευρίσκονται εναποθέσεις αλάτων Ca και στους μεσοσπονδυλίους δίσκους, τον καταφυτικό τένοντα του τετρακεφάλου μυός, κ.λπ. Πάντως αφορά άτομα μέσης προς μεγάλη ηλικία και τα εξ αυτής συμπτώματα (άλγη, αντιδραστική πάχυνση του θυλάκου, μικρότατη δυσκινησία της αρθρώσεως) είναι σπάνια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μηνισκίτιδα άνευ ιδιαιτέρων κλινικών συμπτωμάτων 0%
- Μηνισκίτιδα με ύπαρξη αφθόνων εναποθέσεων αλάτων, με εμφάνιση αλγών, ιδία μετά κόπωση, διόγκωση θυλάκου, δυσκινησία της αρθρώσεως του γόνατος 5-10%

Σύνδρομο έσω πλαγίου συνδέσμου

Σημ. Οφείλεται σε εκφύλιση και πάχυνση του έσω τμήματος του μηνίσκου και πίεση αυτού επί του έσω πλαγίου συνδέσμου (ήπια άλγη μετά κόπωση)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

Νόσος Pellegrini - Stieda

Σημ. Πρόκειται περί εναποθέσεων αλάτων ασβεστίου επί του έσω πλαγίου συνδέσμου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

4.6.4. Εξαρθρήματα γόνατος (πρόσφατα-συγγενή-παρημελημένα)

Σημ. Τα εξαρθρήματα του γόνατος είναι σχετικώς σπάνια, λόγω των πολλών και ισχυρών συνδέσμων ως και των μυϊκών προσφύσεων στην περιοχή. Διακρίνονται σε πρόσθια - οπίσθια - πλάγια (έσω ή έξω) και συστροφικά. Συνοδεύονται συνήθως από σοβαρή βλάβη των συνδέσμων και του αρθρικού θυλάκου. Για την αποκατάσταση της καλής λετουργικότητας της μηροκνημιαίας αρθρώσεως σημασία έχει και η κατάλληλη και έγκαιρη φυσικοθεραπεία. Συνήθεις, η ελαφρά δυσκινησία, η χάλαση ως και σχετική αστάθεια του γόνατος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί προσφάτου εξαρθρήματος του γόνατος καλώς αναταγέντος και άνευ αποτόκων διαταραχών 0%
- Επί προσφάτου εξαρθρήματος γόνατος μετά υπάρξεως δυσκινησίας της αρθρώσεως όρα υποκεφ. 4.6.8
- Επί προσφάτου εξαρθρήματος γόνατος μετά υπάρξεως αποτόκων διαταραχών εκ ρήξεως συνδέσμων κ.λπ. βλ. υποκεφ. 4.6.2.

Συγγενές εξάρθρημα γόνατος

Σημ. Σπάνιο, οφειλόμενο σε συγγενείς ανωμαλίας των μαλακών μορίων ή των οστών των συντασσομένων προς δημιουργία της αρθρώσεως του γόνατος, καταλήγον σε αρθροδεσία ή αρθροπλαστική του γόνατος. Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ των δευτερογενών διαταραχών (άλγη, χάλαση διαφόρου βαθμού, αναπτυχθείσα ή αναπτυσσομένη Ο.Α). (Βλ. οικεία κεφάλαια).

Παραμελημένο εξάρθρημα γόνατος

Επί εμφανίσεως χαλάσεως της αρθρώσεως του γόνατος, ασταθείας άνευ στοιχείων Ο.Α., αλγών κ.λπ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

Επί εξαρθρήματος του γόνατος ουδόλως ή όχι καλώς αντιμετωπισθέντος, το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ των ως άνω επιμέρους ευρημάτων και ανευρίσκεται στα οικεία επιμέρους υποκεφάλαια.

4.6.5. Εξάρθρημα επιγονατίδας (τραυματικό - καθ' έξιν-συγγενές)

Τραυματικό εξάρθρημα επιγονατίδας

Επέρχεται κατόπιν αμέσου βίας με παρεκτόπιση της επιγονατίδας προς τα έξω (90%). Σπανιώτατο το προς τα έσω και το συστροφικό. Από έμμεση βία δυνατόν να επέλθει τραυματικό

εξάρθρημα της επιγονατίδας επί συνυπάρξεως μετρίων οστικών ή μυϊκών συγγενών ανωμαλιών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Τραυματικό εξάρθρημα επιγονατίδας άνευ αποτόκων διαταραχών....0%
- Τραυματικό εξάρθρημα επιγονατίδας μετά ρήξεως διαφόρων μαλακών μορίων (έσω μοίρα του θυλάκου, έσω τμήμα του τένοντος του τετρακεφάλου, ρήξη του καταφυτικού τένοντος του έσω πλαγίου μυός κ.λπ.) (βλ. υποκεφ: καθ'έξιν εξάρθρημα επιγονατίδας).

Καθ'έξιν εξάρθρημα επιγονατίδας

Σημ. Διάφορες οι αιτίες της εμφανίσεως του καθ' έξιν εξαρθρήματος της επιγονατίδος (οστική ανωμαλία του έξω κονδύλου του μηρού, παρά φύση θέση της επιγονατίδας, χάλαση του τένοντος του τετρακεφάλου μυός, χάλαση του θυλάκου, παρά φύση πρόσφυση του επιγοναδιτικού συνδέσμου, παρά φύση έξω στροφή της κνήμης, παραμελημένο εξάρθρημα επιγονατίδας). Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ της συχνότητας εμφανίσεως του εξαρθρήματος, το είδος του επαγγέλματος, την εμφάνιση αλγών, υδράρθρου ή και απαρχής Ο.Α. της επιγονατιδομηριαίας αρθρώσεως. Συνήθως ο πάσχων καταφεύγει σε επέμβαση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....0-10%

Συγγενές εξάρθρημα επιγονατίδας

Σημ. Δυνατόν να είναι μόνιμο ή καθ'έξιν. Οφείλεται σε σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες οστών και μαλακών μορίων· π.χ. συγγενής έλλειψη του έσω πλαγίου μυός. Ποσοστό αναπηρίας (ως καθ' έξιν εξάρθρημα επιγονατίδας).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....0-10%

Χονδρομαλάκυνση επιγονατίδας

Επί μέτριας έως βαριάς καταστροφής του αρθρικού χόνδρου με άλγη, δυσκινησία της αρθρώσεως, αρχομένη Ο.Α.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....15-20%

Σημ. Χρήζει προς διάγνωση ειδικής ακτινογραφίας της επιγονατίδας και η εμφάνιση της παθήσεως καθίσταται δυνατή ακτινογραφικώς, εφόσον έχει θιγεί και το οστούν της επιγονατίδας.

4.6.6. Υδραρθρο-Υμενίτιδα-Λαχνοοζώδης υμενίτιδα-Ορογονίτιδα-Διαχωριστική οστεοχονδρίτιδα-Κύστεις ιγνύος-Ελεύθερα σωμάτια

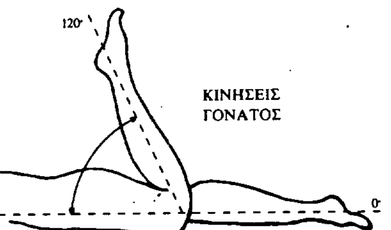
Σημ. Στην ως άνω ομάδα, περιλαμβάνονται παθήσεις του γόνατος, όπου μερικές εξ αυτών αποτελούν ξεχωριστές οντότητες, ενώ άλλες είναι επιμέρους ευρήματα άλλης παθήσεως. Το χορηγούμενο ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ της συχνότητας εμφανίσεως ενοχλημάτων εκ του γόνατος (άλγη, διόγκωση, ύδραρθρο, δυσκινησία, εμπλοκές, Ο.Α.).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Υδραρθρο ιδιοπαθές ή ως εύρημα άλλης γενικότερης παθήσεως της αρθρώσεως. Επί συχνών εμφανίσεων αυτού αλγών και δυσκινησίας....10-15%
- Υμενίτιδα του γόνατος (ως άνω).
- Λαχνοοζώδης υμενίτιδα (διαγιγνώσκεται μάλλον χειρουργικώς, τα δε ενοχλήματα απ' αυτήν είναι μέτρια προς σοβαρά. Πάθηση συχνά υποτροπιάζουσα ακόμη και μετά χειρουργική επέμβαση)....20-25%
- Ορογονίτιδα (ως υδραθρο ιδιοπαθές).
- Διαχωριστική οστεοχονδρίτιδα. Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ της αποπτώσεως ή μη του διαχωρισθέντος τεμαχίου, υπάρξεως εμπλοκών με αποτέλεσμα άλγη, δυσκινησία, πάχυνση του θυλάκου, ενίοτε και διαφόρων μορφών Ο.Α...10-15%
- Κύστεις ιγνύος. Ανευ σημασίας διογκώσεις (κήλες) κατά την ιγνύ. Οφείλονται σε μείωση της ανθεκτικότητας του θυλάκου. Πλην των ασθητικών, δεν υφίστανται έτερα ενοχλήματα.....0%
- Ελεύθερα σωμάτια εντός του γόνατος (μυς των αρθρώσεων - ποντικοί). Αποτελούν εύρημα άλλης παθήσεως (παλαιά κάκωση, Ο.Α., οστεοχονδρίτιδα, οστεοχονδρωμάτωση, TBC, χρονία θυλακίτιδα, χρονία υμενίτιδα, κ.λπ.), συστάσεως χονδρίνης, οστεοχονδρίνης, ινωχονδρώδους και διαφέρουν σε όγκο και αριθμό. Επί συχνών διαταραχών (εμπλοκών, υδράρθρου ή αιμάρθρου, αλγών, δυσκινησίας κ.λπ.)....5-10%

4.6.7. Δυσκινησία γόνατος

Σημ. Η κινητικότητα του γόνατος μετρείται από την πλήρη έκταση 0° (ευθειασμός της κνήμης προς τον σύστοιχο μηρό) της

κάμψεως καταλήγουσας σε 120° (Αμερικανοί) ή 150° (Γάλλοι) (Εικ. 4.7).



Εικ. 4.7

Κατά την πλήρη έκταση επέρχεται, με τη βάδιση, μικροτάτη έξω στροφή της κνήμης προς το μηρό και αντιστρόφως κατά την κάμψη. Μικροτάτου εύρους στροφικές κινήσεις του γόνατος επιτυγχάνονται μόνον όταν η κνήμη βρίσκεται σε γωνία 90° προς το μηρό (οπότε και χάλαση των πλαγίων συνδέσμων και των χιαστών και δη του προσθίου χιαστού).

Η δυσκινησία του γόνατος οφείλεται κυρίως σε προηγηθείσες κακώσεις των πέριξ μαλακών μορίων, κατάγματα κονδύλων μηρού ή κνήμης, παραμελημένα διαστρέματα - εξαρθρήματα γόνατος, πάσης φύσεως αρθροπάθειες, σε ρικνωτικές ουλές, σε μακροχρόνια ακινητοποίηση της αρθρώσεως κ.λπ.

Το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από τη υπολειπόμενη κινητικότητα του γόνατος και δη την ευμενή ή δυσμενή κινητικότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί εύρους κινήσεως:
- Από 0° έως 60° (ουδέτερη θέση) 10%
- Από 0° έως 45° 15%
- Από 0° έως 30° 20%
- Από 10° έως 120° 25%
- Από 10° έως 60° 30%
- Από 45° έως 120° (βαρεία χωλότητα) 40%
- Από 60° έως 90° (βαρυτάτη χωλότητα) 50%

4.6.8. Αγκύλωση-Αρθρόδεση γόνατος

Σημ. Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από τη δυσμενή ή ευμενή θέση αγκυλώσεως ή αρθροδεσίας της κνήμης προς το μηρό. Ως ευμενής θέση αγκυλώσεως του γόνατος, θεωρείται η αγκύλωση κνήμης με τον μηρό σε 0°, ενώ ως δυσμενής τοιαύτη σε γωνία μεγαλυτέρα των 15°. Να ληφθούν σοβαρώς υπόψη και το επάγγελμα και η ηλικία του πάσχοντος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αγκύλωση ή αρθροδεσία:
- Σε 0° έως 15° 35%
- Σε 15° έως 30° 40%
- Σε 30° έως 45° 45%
- Σε 45° έως 60° 50%
- Επί αγκυλώσεως ή αρθροδεσίας σε 75° 55%
- Ανω των 75° .... 60%.

4.6.9. Κατάγματα κνήμης-περόνης (δικονδύλια-υποκονδύλια των κνημιαίων γληνών-διαφύσεως)

4.6.9.1. Δικονδύλια κατάγματα κνήμης

Σημ. Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνονται τα κατάγματα της περιοχής της μεσογληνίου ακάνθης, τα μονο- και δικονδυλικά ως και τα δίκην Λ και ανεστραμμένου Τ κατάγματα. Γενικώς, επί των ως άνω καταγμάτων εξετάζεται επί μεν των "μεσογληνίων", που είναι μάλλον αποσπαστικά, η πώρωσή τους στην ανατομική τους θέση και άνευ διαστάσεως εξ αυτής, ενώ επί των καταγμάτων των κονδύλων, εάν επήλθε ή όχι ανατομική αποκατάσταση των αρθρικών επιφανειών των κονδύλων, λόγω της συχνής εμφανίσεως μετακαταγματικής Ο.Α. του γόνατος. Επί συντριπτικών καταγμάτων των κονδύλων συχνά διενεργείται αρθροδεσία. Τα διαχωριστικά κατάγματα του έξω κονδύλου της κνήμης συχνά συνδυάζονται με ρήξη και του έσω πλαγίου συνδέσμου και επί μεγάλης αποχωρήσεώς τους, με κάταγμα της κεφαλής της περόνης και πάρεση του περοναίου νεύρου. Στα μονοκονδυλικά, του έσω κονδύλου, που είναι σπανιώτερα και αφορούν τη μέση και προχωρημένη ηλικία, συνυπάρχει συνήθως και ρήξη του έξω πλαγίου συνδέσμου, είναι δε μάλλον συμπιεστικά και σπανίως διαχωριστικά.

Κατάγματα μεσογληνίου περιοχής

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πωρωθέντα σε ανατομική θέση άνευ αποτόκων λειτουργικών διαταραχών 0%

- Μη χειρουργηθέντα και εμφανίζοντα μερική δυσκινησία της αρθρώσεως 10-15%
- Επί σαφούς δυσκινησίας, βλ. υποκεφ. 4.6.7.

4.6.9.2. Μονοκονδύλια έσω ή έξω κονδύλου

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αναταγέντα και πωρωθέντα πλήρως άνευ καταστροφής της αρθρικής επιφανείας και άνευ κακώσεως των συνδέσμων κ.λπ. 0%
- Πωρωθέντα σε πλημμελή θέση με απαρχή εμφανίσεως Ο.Α. δυσκινησίας και μικράς έως μετρίας χαλάσεως της αρθρώσεως .... 10%.
- Επί βαρείας δυσκινησίας και σαφών στοιχείων Ο.Α., βλ. υποκεφ. 4.6.7.

4.6.9.3. Δικονδύλια κατάγματα κνήμης (δίκην ανεστραμμένου Τ ή Λ)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πωρώσεως σε ανατομική θέση άνευ βλαβών των οικείων μαλακών μορίων (συνδέσμων κ.λπ.) (περίπτωση σπάνια)...0-5%
- Πωρωθέντα σε πλημμελή θέση μετά χαλάσεως, δυσκινησίας και στοιχείων Ο.Α. 10-15%
- Βαρύτερες μορφές, βλ. υποκεφ. 4.6.7. και 4.6.8.

4.6.9.4. Υποκονδύλια κατάγματα

Σημ. Είναι σπάνια, αφορούν τη μέση ηλικία, συχνά δε το άνω κατεαγός τεμάχιο παρασύρεται και πωρούται προς τα οπίσω, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπερεκτάσεως του γόνατος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πωρωθέντα άνευ παρεκτοπίσεως και άνευ διαταραχών........ 0%
- Πωρωθέντα με παρεκτόπιση προς τα οπίσω (οπότε κατά τη βάδιση εμφανίζεται κόπωση του τετρακεφάλου μυός, λόγω της υπερεκτάσεως) 5-10%

4.6.9.5. Κατάγματα διαφύσεως της κνήμης (άνω-μέσου τριτημορίου και υπερσφύρια)

Σημ. Διακρίνονται σε εγκάρσια, λοξά ή σπειροειδή, συντριπτικά και επί λύσεως της συνεχείας του δέρματος σε ανοικτά ή επιπεπλεγμένα (βλ. στις παρατηρήσεις του υποκεφ. 4.6.10., όπου αναφερόμαστε επί της συχνότητας εμφανίσεως ψευδαρθρώσεως και οστεΐτιδας και δη στα υπερσφύρια κατάγματα). Οχι σπάνια η πώρωση τους τόσο σε γωνίωση, εφίππευση όσο και σε στροφή, ενώ επί συντριπτικών καταγμάτων, ο χρόνος πωρώσεως επαυξάνεται (λόγω κακής αιματώσεως της περιοχής).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κάταγματα άνω-μέσω τριτημορίου και υπερσφύρια.

- Πωρωθέντα άνευ στροφής, γωνιώσεως ή εφιππεύσεως 0%
- Πωρωθέντα με γωνίωση και στροφή < 10°-20° 10
- Πωρωθέντα με γωνίωση και στροφή > 20° ή και εφίππευση > 3 cm 15%

Ο χρόνος χορηγήσεως των ως άνω ποσοστών αρχίζει τουλάχιστον ένα 6μηνο από της επελεύσεως του κατάγματος.

4.6.9.6. Κατάγματα κνήμης - περόνης

Το ποσοστό αναπηρίας λαμβάνεται εκ του κατάγματος της κνήμης (βλ. υποκεφ.4.6.9.5).

4.6.9.7. Μεμονωμένο κάταγμα περόνης

Ειδικώς επί κατάγματος της κεφαλής της περόνης με τυχόντα επηρεασμό του σύστοιχου περονιαίου νεύρου, το ποσοστό αναπηρίας θα δοθεί εκ της παθήσεως του νεύρου.

4.6.9.8. Κατάγματα κνήμης ή περόνης εκ κοπώσεως

Σημ. Επισυμβαίνουν κυρίως σε νεαρά άτομα συνεπεία συνεχών μικροτραυματισμών. Τα κατάγματα της περόνης σε γυναίκες άνω των 40 ετών (αναφέρονται και κατάγματα εκ κοπώσεως μακρών αυλοειδών οστών επί μακροχρονίου χρήσεως κορτιζόνης). Είναι εγκάρσια, ενώ η γραμμή του κατάγματος δεν διατρέχει ολόκληρη τη διάμετρο του οστού. Με κατάλληλη ακινητοποίηση και έγκαιρη φυσικοθεραπεία μετά τρίμηνο έχουν καλώς.

4.6.10. Ψευδάρθρωση καταγμάτων κνήμης

Σημ. Οχι σπάνια η εμφάνιση ψευδαρθρώσεως στα ως άνω κατάγματα και δη τα του κάτω τριτημορίου της κνήμης, τόσο συνεπεία της κακής αιματώσεως της περιοχής όσο και λόγω της

δυνατότητας εμφανίσεως οστεΐτιδας στην περιοχή (μη κάλυψη του οστού από αφθονία μαλακών μορίων και ως εκ τούτου η εύκολη λύση της συνεχείας του υπερκειμένου δέρματος με κατάληξη επιπεπλεγμένο κάταγμα), εξάλλου και η ακεραιότητα του οστού της περόνης δυνατόν να οδηγήσει σε ψευδάρθρωση κατάγματος της κνήμης ή και γωνίωσή του, λόγω του ότι εμποδίζει τον ευθειασμό, την προσέγγιση και την ακινητοποίηση των κατεαγότων τεμαχίων.

Ψευδαρθρωθέντα κατάγματα κνήμης

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Με μικροτάτου βαθμού κινήσεις στην εστία του κατάγματος, αυξημένη τοπική θερμοκρασία και ακτινολογική εικόνα ζώντων οστικών περάτων των κατεαγότων τεμαχίων (καθυστερημένη πώρωση) 50%
  Επανεξέταση μετά 6 μήνες από της επελεύσεως του κατάγματος.
- Με σαφή ακτινολογικά ευρήματα σκληρύνσεως και ατροφία των οστικών περάτων προς την εστία του κατάγματος (νεκρά) και με συνύπαρξη κινήσεων κατ' αυτό 50%
  Επανεξετάσεις επί ένα έτος από της κακώσεως (ανά 3μηνο).

4.6.11. Απεξάρθρωση γόνατος-Ακρωτηριασμός (άνω-μέσου-κάτω τριτημορίου κνήμης, επιγονατιδεκτομή)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απεξάρθρωση γόνατος 67%
- Ακρωτηριασμός κνήμης
  - Ανω τριτημορίου 55%
  - Μέσου τριτημορίου 50%
  - Κάτω τριτημορίου 55%

  Οι ακρωτηριασμοί κνήμης στο άνω και μέσο τριτημόριό της θεωρούνται ευμενέστεροι εκείνων του κάτω τριτημορίου, επειδή το προθετικό μηχάνημα εφαρμόζει καλύτερα και είναι σταθερότερο. Επί υπάρξεως χαίνοντος ή πυορροούντος κολοβώματος στα ως άνω ποσοστά προστίθεται ως επιδείνωση, Π.Α. 30% για τον απαραίτητο χρόνο αποθεραπείας αυτής.
- Επιγονατιδεκτομή
  - Επί πλήρους μυϊκής ισχύος του τετρακεφάλου μυός άνευ διαταραχών της κινητικότητας του γόνατος 0%
  - Επί μικράς χαλάσεως του τένοντος του τετρακεφάλου και ελαφρότατη χάλαση της αρθρώσεως 5%
  - Επί ελαφράς χαλάσεως και υπάρξεως ελευθέρων σωματίων (ως επί συντριπτικών χειρουργηθέντων) 5-10%

4.6.12. Σύνδρομο διαμερισμάτων κνήμης

Σημ. Στο ανθρώπινο σώμα ανευρίσκονται κλειστοί χώροι με ανελαστικά και ανένδοτα τοιχώματα, τα οποία σχηματίζονται από οστά και στερρά περιτονία, περικλείουν δε, δίκην θήκης, μύες, νεύρα και αγγεία. Η αύξηση της πιέσεως εντός της θήκης ή ο περιορισμός του χώρου αυτής, δυνατόν κα καταλήξει σε παρεμπόδιση της τριχοειδικής κυκλοφορίας και να οδηγήσει στην εμφάνιση του συνδρόμου των διαμερισμάτων. Περιγράφονται 15 εντοπίσεις του ως άνω συνδρόμου. Επί μη αντιμετωπίσεώς τους με έγκαιρη και κατάλληλη αποσυμπίεση, εντός 10 έως 12 ωρών κατ' ανώτερο όριο, θα καταλήξουν σε διαφόρων ειδών και μεγεθών αναπηρίες λόγω μερικής ή και ολικής ενίοτε καταστροφής των εντός της θήκης υπαρχόντων μυών, νεύρων, αγγείων (Volkmann, ρικνώσεις μυών, αισθητικές διαταραχές εκ των νεύρων, κακή αιμάτωση επί κακώσεως αγγείων), ενώ σε απώτερο χρόνο θα εμφανισθούν συγκάμψεις, ατροφίες μυών, αισθητικές διαταραχές κ.λπ.

Οι αιτίες εμφανίσεως του συνδρόμου είναι διάφορες, όπως: κατάγματα με διατομή ή συμπίεση αγγείων, πιεστικοί γύψινοι επίδεσμοι, εγκαύματα, έντονος κόπωση, είσοδος διαφόρων ουσιών στον οργανισμό, ως δηλητήρια όφεων, ναρκωτικά, αλκοόλ κ.λπ. Το σύνδρομο δυνατόν να εμφανισθεί και επί κακώσεως σε υπερκείμενες περιοχές (π.χ. στο αντιβράχιο, επί κακώσεως του συστοίχου αγκώνος, ή στην κνήμη επί κακώσεως του συστοίχου μηρού ή γόνατος).

Διακρίνονται τέσσερα διαμερίσματα της κνήμης (πρόσθιο, έξω, επιπολής οπίσθιο, εν τω βάθει οπίσθιο). Το πρόσθιο και το οπίσθιο εν τω βάθει, είναι και τα συχνότερα εμφανίζοντα το σύνδρομο. Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ των αποτόκων διαταραχών και θα αναζητηθεί στα οικεία κεφάλαια, μόλις επέλθει η σταθεροποίησή τους (3-6 μήνες).

4.6.13. Οστεοαρθρίτιδα γόνατος

Σημ. Το γόνατο προσβάλλεται από την ως άνω εξελικτική πάθηση, περισσότερο από κάθε άλλη άρθρωση του σώματος. Ως

εκλυτικά αίτια της παθήσεως αναφέρονται: συγγενής ή επίκτητες ανωμαλίες της αρθρώσεως ή και του συστοίχου άρθρου, προηγηθείσες κακώσεις του γόνατος και δη κατάγματα αυτού πωρωθέντα σε πλημμελή θέση με αποτέλεσμα την καταστροφή της φυσιολογικής σχέσης των αρθρουμένων επιφανειών, ρήξεις μηνίσκων, ελεύθερα οστικά τεμάχια, αιματολογικές παθήσεις, ηλικία, αυξημένο σωματικό βάρος, φύλο (νόσος των παχειών κυριών κατά τους Γάλλους συγγραφείς). Εξελίσσεται σταδιακά με προοδευτική αύξηση των αλγών, μείωση του εύρους των κινήσεων και ειδικώς εάν δεν αρθεί το εκλυτικό αίτιο (ελεύθερα οστικά τεμάχια, ανισομερής φόρτιση των κνημιαίων κονδύλων κ.λπ.).

Κατά την έναρξή της προσβάλλει συνηθέστερα κατ'αρχήν την επιγονατιδομηριαία, δευτερογενώς δε τη μηροκνημική, εν γένει όμως καταλήγει να αφορά και στις δύο ως άνω αρθρώσεις.

Η μείωση του εύρους κινητικότητας της αρθρώσεως συμβαδίζει, εν γένει, με τη σοβαρότητα της παθήσεως. Προοδευτικώς υφίστανται κριγμοί, ενίοτε δε ψηλαφώνται και ελεύθερα οστικά τεμάχια, που εμφωλεάζονται στον θύλακο. Συχνή είναι και η εμφάνιση άλλοτε άλλου βαθμού παχύνσεως του θυλάκου. Δεν είναι σπανία η μικρότατη αύξηση της τοπικής θερμοκρασίας ως και η διαφόρου βαθμού ατροφία του συστοίχου τετρακεφάλου μυός και δη σε προχωρημένες καταστάσεις. Συνήθες το ύδραρθρο. Εκ των ακτινογραφικών ευρημάτων: Στην πλάγια ακτινογραφία του γόνατος, οστικές προβολές δίκην ακάνθης ροδής στον άνω και κάτω πόλο της επιγονατίδας, διαφόρου βαθμού στένωση του μεσάρθριου διαστήματος, ελεύθερα οστικά τεμάχια, οστεόφυτα στους κνημιαίους και μηριαίους κονδύλους και, τέλος, σκλήρυνση της υπό τον χόνδρο οστικής, αρθρικής επιφανείας.

Θεραπευτικώς εφαρμόζεται η συντηρητική και η χειρουργική θεραπεία. Στην πρώτη περιλαμβάνονται: η υπόδειξη αποφυγής πολυώρου ορθοστασίας και βαδίσεως και δη επί ανωμάλων εδαφών, η απώλεια σωματικού βάρους, η εν γένει αποφυγή καταπονήσεως της αρθρώσεως με άνοδο - κάθοδο κλιμάκων ή γονυπετήσεως και η έντονος κινησιοθεραπεία προς ενίσχυση του συστοίχου τετρακεφάλου μυός (επιμονή στο τελευταίο, καθόσον αποδείχθηκε ότι ποδοσφαιριστές ή άλλοι αθλητές με καλούς τετρακεφάλους αν και είναι δυνατόν να εμφανίσουν την πάθηση, δεν έχουν ενοχλήματα εξ αυτής).

Από αρκετούς συναδέλφους συνιστάται και η ενδαρθρική έγχυση κορτιζόνης (αποδείχθηκε όμως ότι μετά τα κατ'αρχήν εξαίρετα ανακουφιστικά αποτελέσματα, μετά την πάροδο μικρού χρονικού διαστήματος η άρθρωση οδηγείται σε ακόμη περισσότερη καταστροφή της).

Στην χειρουργική θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνονται:

α) Η προληπτική αφαίρεση των ελεύθερων οστικών τεμαχίων.

β) Η επιγονατιδεκτομή

γ) Διαφόρων ειδών οστεοτομίες (με τις διορθώσεις, που επιτυγχάνονται, στα σημεία διοχετεύσεως της εκ του σωματικού βάρους φορτίσεως, αναστέλλεται η παρά φύση φόρτιση της κνήμης, από δε την εμφάνιση νέων αγγειακών πλεγμάτων, το οστούν αναζωογονείται και ενδυναμώνεται τοπικώς).

δ) Αρθροδεσία του γόνατος. Η καλύτερη, κατά τη γνώμη διαφόρων Σχολών, αντιμετώπιση της παθήσεως σε βαριές μορφές αυτής.

ε) Αρθροπλαστικές του γόνατος. Εφαρμόζονται τα τελευταία 15-20 χρόνια αλλά, λόγω των μη σαφώς ικανοποιητικών αποτελεσμάτων τους, υφίσταται διχογνωμία των διαφόρων χειρουργών ορθοπεδικών, τόσο ως προς τις κατάλληλες περιπτώσεις, που μπορούν αυτές να εφαρμοσθούν, όσον και για τα εξ αυτών αποτελέσματα. Αναφέρονται μολύνσεις και χάλαση (τζόγος) αυτών.

Προς χορήγηση των αναλογούντος ποσοστού αναπηρίας λαμβάνονται υπόψη τα κάτωθι: εαν έχουν προσβληθεί η μία ή και οι δύο αρθρώσεις του γόνατος, η ηλικία, το σωματικό βάρος ως και το ειδος της εργασίας του κρινομένου. Η κρίση θα στηριχθεί στα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα (άλγος, πάχυνση θυλάκου, ύδραρθρο, βαθμός ατροφίας του συστοίχου τετρακεφάλου, βλαισότητα ή ραιβότητα του γόνατος), και τα ακτινογραφικά ευρήματα (όπως στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος, καταστροφή των αρθρικών επιφανειών, σκλήρυνση της υπό τον χόνδρο οστικής μάζας, ελεύθερα οστικά τεμάχια κ.λπ.).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί αβληχράς Ο.Α. του γόνατος, με κλινικά ευρήματα: ήπια σποραδικά άλγη, μικρά πάχυνση του θυλάκου, ελαφρό μετριασμό του εύρους κινήσεως της αρθρώσεως και ακτινογραφικά ευρήματα: απαρχή εμφανίσεως οστεοφύτων στα χείλη της επιγονατίδας ως και απαρχή μειώσεως των μεσαρθρίων διαστημάτων.
  - Για μια άρθρωση....................10-15%
  - Για δύο αρθρώσεις....................15-25%
- Μέσου βαθμού οστεαρθρίτιδα του γόνατος ή γονάτων με κλινικά ευρήματα: μικρά έως μέτρια διόγκωση της αρθρώσεως, πάχυνση του θυλάκου της, μείωση του εύρους της κινη-

τικότητάς της, ύδραρθρο και αναφερόμενα άλγη μετά κόπωση των γονάτων, ελαφρά βλαισογονία ή ραιβογονία και με ακτινογραφικά ευρήματα: οστεόφυτα επιγονατίδας ως και μηριαίων και κνημιαίων κονδύλων, σαφή στένωση των μεσαρθρίων διαστημάτων, απαρχή εμφανίσεως σκληρύνσεως του οστού, το ποσοστό αναπηρίας είναι

- Για μία άρθρωση 10-15%
- Για δύο αρθρώσεις 15-25%

- Επί βαριάς μορφής Ο.Α. του γόνατος με μεγάλο περιορισμό της κινητικότητας της αρθρώσεως, πάχυνση του θυλάκου, ύδραρθρο, διογκωτική παραμόρφωσή της, κριγμώδεις κινήσεις, ατροφία συστοίχου τετρακεφάλου, διαφόρου εύρους παρά φύση πλάγιες κινήσεις του γόνατος, ραιβότητα ή βλαισότητα αυτού και ακτινολογικώς μεγάλη στένωση ή και εξαφάνιση των μεσαρθρίων διαστημάτων, ευμεγέθη οστεόφυτα, αποπεπτωκότα ελεύθερα οστικά τεμάχια (Προσοχή, να μη εκληφθούν σαν τέτοια τα σησαμοειδή οστά), σκλήρυνση της οστικής μάζης.
  - Επί μιας αρθρώσεως γόνατος 20-30%
  - Επί των δύο γονάτων 25-35%

Επί προηγηθεισών επεμβάσεων επί Ο.Α. του γόνατος, το Π.Α. έχει

1) Επί αφαιρέσεως ελευθέρων οστικών τεμαχίων (μετά 3μήνου από της επεμβάσεως) όπως στις ανωτέρω διαβαθμίσεις της μη χειρουργηθείσης Ο.Α. του γόνατος.
2) Επιγονατιδεκτομή (μετά 3μηνο από της επεμβάσεως), και με καλό εκτατικό μηχανισμό του συστοίχου γόνατος όπως στις ανωτέρω τρεις διαβαθμίσεις της μη χειρουργηθείσης Ο.Α. του γόνατος.
3) Επί οστεοτομίας (μετά 1 έτος περίπου από της επεμβάσεως) με επιτευχθείσα πώρωση και ομαλή μετεγχειρητική πορεία, όπως στις ανωτέρω τρεις διαβαθμίσεις της μη χειρουργηθείσης Ο.Α του γόνατος.
4) Αρθροδεσία γόνατος (μετά 6-10 μήνες) με επίτευξη πωρώσεως και σαφώς εν σχέσει και με το επάγγελμα όπως στο υποκεφ. 4.6.8. (Αγκύλωση - αρθρόδεση γόνατος).
5) Αρθροπλαστική του γόνατος (6 μήνες μετά την επέμβαση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Καλώς λειτουργούσα με κινήσεις που πλησιάζουν το φυσιολογικό εύρος των κινήσεων του γόνατος και άνευ διαταραχών 5-10%
- Μετά εμφανίσεως μετρίας χαλαρότητας και ηπίων αλγών των πέριξ ιστών 15-20%
- Επί σαφούς χαλαρώσεως με αστάθεια του γόνατος και εν σχέσει με την ηλικία και το επάγγελμα 30-50%
- Επί πλήρους αποτυχίας της επεμβάσεως 50-70%

4.7. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ

4.7.1. Κατάγματα σφυρών (έσω-έξω-προσθίου-οπισθίου) και διάταση κνημοπερονιαίας συνδεσμώσεως

Η κάτω επίφυση της κνήμης μετά της κάτω επιφύσεως της περόνης συνδεδεμένες μεταξύ τους μέσω της κάτω κνημοπερονιαίας συνδεσμώσεως σχηματίζουν την κνημοπερονιαία γλήνη.

Η σταθερότητα της ποδοκνημικής εξαρτάται από την ακεραιότητα ή μη των πλαγίων συνδέσμων αυτής (έξω πλάγιος και έσω πλάγιος ή δελτοειδής) που συνήθως διαταράσσεται στα κατάγματα των σφυρών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί κατάγματος έσω σφυρού άνευ συνδεσμικής βλάβης μετά ελαφράς δυσκινησίας της ποδοκνημικής και άλγους........ 5%
- Επί κατάγματος έσω σφυρού συνδεσμικής βλάβης και ασταθείας της αρθρώσεως........15-20%
- Επί κατάγματος έξω σφυρού καλώς πωρωθέντος άνευ συνδεσμικής βλάβης........ 0%
- Επί κατάγματος έξω σφυρού πωρωθέντος σε πλημμελή θέση και διαστάσεως της κνημοπερονιαίας συνδεσμώσεως........10%
- Επί κατάγματος έξω σφυρού πωρωθέντος σε πλημμελή θέση και διαστάσεως της κνημοπερονιαίας συνδεσμώσεως και μετατραυματικής βλαισοποδίας........15-25%

Αμφισφύρια κατάγματα, κατάγματα τύπου Dupuytren

- Επί καλώς αναταχθέντος και πωρωθέντος αμφισφυρίου κατάγματος Dupüytren άνευ συνδεσμικών βλαβών........0-5%
- Επί καλώς αναταχθέντος και πωρωθέντος αμφισφυρίου κατάγματος ή κατάγματος Dupuytren μετά βλάβης της κνημοπερονιαίας συνδεσμώσεως και μετατραυματικής βλαισοποδίας........15-20%
- Επί πωρωθέντων καταγμάτων αμφοτέρων των σφυρών μετά διαστάσεως της κνημοπερονιαίας, βλαισοποδίας, οιδήματος σφυρών, δυσχερείας κατά τη βάδιση και ορθοστασία, μυικής ατροφίας της κνήμης και αλγών, από τα οποία επιβάλλεται η αρθροδεσία της κνημοταρσικής........35%
- Επί μετατραυματικής αγκυλώσεως της ποδοκνημικής σε θέση:
  α) ραιβοποδίας........30%
  β) βλαισοποδίας........25%
- Μεμονωμένο κάταγμα οπίσθιου σφυρού, εφόσον αφορά τμήμα μεγαλύτερο του 1/4 της αρθρικής επιφάνειας και έχει αναταχθεί πλημμελώς........10%
- Τρισφύρια κατάγματα ως επί αμφισφυρίων πλέον 5% για το οπίσθιο σφυρό, εφόσον συντρέχουν οι ίδιοι όροι.
- Κάταγμα προσθίου σφυρού μετά δυσλειτουργίας της ποδοκνημικής και άλγους κατά τη ραχιαία κάμψη αυτής........ 10%
- Διάσταση κνημοπερονιαίας συνδεσμώσεως άνευ κατάγματος της περιοχής μετά λειτουργικών διαταραχών (δυσκινησία, άλγος και αστάθεια της ποδοκνημικής)........10%

4.7.2. Κατάγματα αστραγάλου

Ο αστράγαλος είναι οστούν με ιδιάζουσα αγγείωση (ενδοοστική και εξωοστική), για το λόγο αυτό σε κατάγματα-εξαρθρήματα αυτού υπάρχει κίνδυνος ισχαιμικής νεκρώσεως. Τα κατάγματα και εξαρθρήματα του αστραγάλου σπανίως παρατηρούνται μεμονωμένα, συχνότερα δε συνοδεύονται από κατάγματα πτέρνης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μεμονωμένο κάταγμα αστραγάλου πωρωθέν σε καλή θέση και χωρίς λειτουργικές διαταραχές της ποδοκνημικής........0%
- Μετά σοβαρών λειτουργικών διαταραχών λόγω πωρώσεως σε πλημμελή θέση (δυσχέρεια βαδίσεως, άλγος, βλαισοποδία) 15-25%

Εξάρθρημα αστραγάλου αμιγές ολικό

- Επί ανατάξεως μετά αβληχρών λειτουργικών διαταραχών (οίδημα, άλγος κατά τη βάδιση και ορθοστασία)........10%
- Επί πλημελούς ανατάξεως, του άκρου ποδός παραμένοντος σε ραιβότητα μετά σοβαρών λειτουργικών διαταραχών........20-30%
- Κάταγμα αυχένα αστραγάλου μετά υπεξαρθρήματος της υπαστραγαλικής........15-20%
- Κάταγμα αυχένα αστραγάλου μετά εξαρθρήματος σώματος αυτού........20-30%

Ασηπτη νέκρωση αστραγάλου

Σε εξαρθρήματα ή κατάγματα μετά εξαρθρήματος του αστραγάλου τα οποία παρουσιάζουν μεγάλη παρεκτόπιση, υπάρχει κίνδυνος ασήπτου (ισχαιμικής) νεκρώσεως λόγω ιδιάζουσας αγγειώσεως αυτού. Ακτινολογικά ευρήματα ασήπτου νεκρώσεως δυνατόν να παρατηρηθούν έως και τρία έτη μετά την κάκωση. Αστραγαλεκτομή-Αρθροδεσία ποδοκνημικής....20-30%

4.7.3. Κατάγματα πτέρνης

Διαχωρίζονται σε εξωαρθρικά και ενδοαρθρικά.

Τα κύρια στοιχεία τα οποία συνεκτιμώνται επί των καταγμάτων της πτέρνης για τον προσδιορισμό του Π.Α. είναι:

1. Η παραμόρφωση αυτής και του οπίσθιου μέρους του ποδός (χαλάρωση αχιλλείου τένοντος).
2. Η πτερναλγία
3. Η πλημμελής πώρωση και η δημιουργία πλατυποδίας.
4. Η μετατραυματική αρθρίτιδα ιδίως της υπαστραγαλικής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί εξωαρθρικού κατάγματος
  - Ανευ παραμορφώσεως της πτέρνης....0-5%
  - Μετά παραμορφώσεως της πτέρνης....5-10%
- Επί ενδαρθρικού κατάγματος
  - Ανευ παραμορφώσεως της πτέρνης....5-10%
  - Μετά παραμορφώσεως της πτέρνης και αρθρίτιδας της υπαστραγαλικής....15-25%

4.7.4. Κάταγμα σκαφοειδούς και κάταγμα κυβοειδούς οστού

Το κάταγμα του σκαφοειδούς του ταρσού δυνατόν να αφορά: α) Το φύμα του. β) Το ραχιαίο χείλος του (αποσπαστικό). γ) Το σώμα (εγκάρσιο).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί καλής ανατάξεως και αποκαταστάσεως καταγμάτων σκαφοειδούς, κυβοειδούς ή και αμφοτέρων των οστών άνευ λειτουργικών διαταραχών....0%
- Επί καλής ανατάξεως και συγκρατήσεως των κατεαγότων τμημάτων του σκαφοειδούς, καλής πωρώσεως και μικρού βαθμού λειτουργικών διαταραχών (άλγος, περιορισμός πελματιαίας και ραχιαίας κάμψεως του άκδρου ποδός και αρθρίτιδας της αστραγαλοσκαφοειδούς)....5-10%
- Επί πλημμελούς ανατάξεως όπου συχνή είναι η απορρόφηση του οστού και η εμφάνιση σοβαράς επωδύνου μετατραυματικής πλατυποδίας....15-20%
- Επί κατάγματος κυβοειδούς μετά αρθροπάθειας των μεσοταρσίων διαρθρώσεων, μυικής ατροφίας της κνήμης και πλατυποδίας....15-20%

4.7.5. Ψευδάρθρωση καταγμάτων περιοχής ποδοκνημικής και οστών ταρσού

Η ψευδάρθρωση των καταγμάτων των σφυρών και των οστών του ταρσού είναι σπάνια.

Επί μη σωστής αντιμετωπίσεως, ιδιαιτέρως των καταγμάτων του έσω σφυρού τα οποία είναι χειρουργικά, λόγω της τάσεως του έσω πλαγίου συνδέσμου, το περιφερικό τμήμα απομακρύνεται και δίδει την ακτινολογική εικόνα ψευδαρθρώσεως, ενώ πρόκειται για μη πώρωση του κατάγματος, με αποτέλεσμα τη χαλαρότητα της ποδοκνημικής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....5-10%

4.7.6. Εξάρθρημα ποδοκνημικής και αρθρώσεων άκρου ποδός (χοπαρτείου και λισφραγγείου)

Αμιγές εξάρθρημα της ποδοκνημικής θεωρείται η πρόσθια παρεκτόπιση ολόκληρου του άκρου ποδός εν σχέσει προς την ποδοκνημική άνευ διαταραχής της σχέσεως του αστραγάλου προς τα υπόλοιπα οστά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί αναταχθέντος εξαρθρήματος της ποδοκνημικής άνευ λειτουργικών διαταραχών....0%
- Επί αναταχθέντος εξαρθρήματος της ποδοκνημικής μετά λειτουργικών διαταραχών (οίδημα, δυσκαμψία)....10-15%

Εξάρθρημα αστραγάλου

- Επί αναταχθέντος εξαρθρήματος αστραγάλου άνευ στοιχείων ισχαιμικής νεκρώσεως και αρθρίτιδας....0%

- Επί αναταχθέντος εξαρθρήματος αστραγάλου μετά αβληχρών στοιχείων οστεοαρθρίτιδας 10-15%
- Επί βαρείας οστεοαρθρίτιδας η οποία δεν έχει αντιμετωπισθεί χειρουργικώς με αρθρόδεση 20-30%

Τα αμιγή εξαρθρήματα της εγκαρσίας αρθρώσεως του ταρσού (πτερνοκυβοειδούς-αστραγαλοσκαφοειδούς) είναι αρκετά συχνά. Ενίοτε αφορούν μόνο την αστραγαλοσκαφοειδή άρθρωση και η ανάταξή τους είναι εύκολη.

- Επί πλήρως αναταχθέντος και λειτουργικώς αποκατασταθέντος εξαρθρήματος μιας ή αμφοτέρων των αρθρώσεων 0%
- Επί παραμονής δυσκαμψίας, μετατραυματικής αρθρίτιδας και διαχύτου οστεοπορώσεως ή συμφύσεων των περιαρθρικών μαλακών μορίων 15-30%

Ταρσομετατάρσιες αρθρώσεις

Η στήριξη των ταρσομεταταρσίων και των μεταταρσίων αρθρώσεων επιτυγχάνεται με ισχυρούς εγκαρσίους, λοξούς και μεσόστεους συνδέσμους και με τον παχύ και ισχυρό σύνδεσμο του Lisfrang. Επίσης δευτερεύοντες σταθεροποιητικοί παράγοντες είναι η πελματιαία απονεύρωση, οι ελμινθοειδείς μύες και οι τένοντες (περονιαίοι, πρόσθιος και οπίσθιος κνημιαίος).

Θεραπεία: Κλειστή ανάταξη επί εξαρθρήματος των ταρσομεταταρσίων αρθρώσεων, επί δε παρεμβολής μαλακών μορίων ανοικτή ανάταξη.

- Επί αναταχθέντος και λειτουργικώς αποκατασταθέντος εξαρθρήματος των εν λόγω αρθρώσεων 0%
- Επί ασυμμετρίας και τμηματικής αστάθειας της ταρσομεταταρσίου αρθρώσεως, άλγους και μετατραυματικής αρθρίτιδας 10-25%

4.7.7. Κατάγματα μεταταρσίου

Το συνηθέστερο κάταγμα των μεταταρσίων είναι του φύματος του 5ου μεταταρσίου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί κατάγματος ενός ή περισσοτέρων μεταταρσίων καλώς πωρωθέντων 0%
- Επί κατάγματος φύματος 5ου μεταταρσίου καλώς πωρωθέντος 0%
- Επί κατάγματος φύματος 5ου μεταταρσίου πωρωθέντος σε πλημμελή θέση (διάσταση) 5%
- Επί μη πωρώσεως κατάγματος φύματος 5ου μεταταρσίου 5%
- Επί επιβραδυνομένης πωρώσεως μετά μυικής ατροφίας της κνήμης και πιθανόν μικρού βαθμού πλατυποδίας 10%

4.7.8. Κατάγματα φαλάγγων δακτύλων άκρου ποδός

Επί πωρώσεως σε πλημμελή θέση ή ψευδαρθρώσεως αυτών με λειτουργικά προβλήματα κατά τη βάδιση:

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Για τον μεγάλο δάκτυλο 0-2%
- Για τους λοιπούς δακτύλους 0%

4.7.9. Δυσκινησία της ποδοκνημικής και των αρθρώσεων άκρου ποδός

Το φυσιολογικό εύρος κινήσεως της ποδοκνημικής είναι:

Ραχιαία κάμψη	20°
Πελματιαία κάμψη	50°
Εξω στροφή	20° (βλαισότητα)
Εσω στροφή	30° (ραιβότητα)

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί περιορισμού της ραχιαίας κάμψεως άνω των 10°, της πελματιαίας άνω των 20° και καταργήσεως ή μεγάλου περιορισμού των στροφικών κινήσεων 10%
- Επί βαρείας δυσκινησίας της ποδοκνημικής όπου καταργείται η ραχιαία κάμψη και ο άκρος πόδας παραμένει:
  - Σε ουδέτερη θέση ή πέριξ αυτής 5-10%
  - Σε ιπποποδία 25-30%
  - Σε πτερνοποδία 20-25%
- Επί δυσκινησίας της χοπαρτείου διαρθρώσεως ή και των ταρσομεταταρσίων με δυσχέρεια βαδίσεως 5-8%
- Επί δυσκινησίας των μεταταρσιοφαλαγγικών και των φαλαγγοφαλαγγικών με περιορισμό του εύρους κινήσεως έως 10° [φυσιολογικό εύρος κινήσεως μεταταρσιοφαλαγγικών 50° φυσιολογικό εύρος κινήσεως φαλαγγοφαλαγγικών 30°] 3-5%

4.7.10. Αγκύλωση - Αρθρόδεση ποδοκνημικής και άκρου ποδός

Αρθροδεσίες της ποδοκνημικής και του άκρου ποδός γίνονται για να καταστήσουν τον άκρο πόδα λειτουργικό, απαλλάσοντας αυτόν από τα κλινικά κυρίως ενοχλημάτα, τα οποία δεν επιτρέπουν στον ασθενή να βαδίζει ελευθέρως. Επίσης αρθροδεσίες δυνατόν να γίνουν μετά από βαρείς τραυματισμούς κατά τους οποίους οποιαδήποτε άλλη θεραπεία είναι ανέφικτος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί αρθροδεσίας της ποδοκνημικής σε λειτουργική θέση άνευ ετέρας βλάβης στον άκρο πόδα 15%
- Επί τριπλής αρθροδεσίας του ταρσού (υπαστραγαλική, πτερνοκυβοειδής, αστραγαλοσκαφοειδής) 5-10%
- Επί αρθροδεσίας των υπαστραγαλικών άνευ λειτουργικών προβλημάτων από τον αχίλλειο τένοντα 0-5%
- Επί τετραπλής αρθροδεσίας 20%
- Επί συνυπάρξεως και άλλων βλαβών συνυπολογίζεται το ποσοστό αναπηρίας εξ αυτών.

Το ποσοστό αναπηρίας επί αγκυλώσεως ή αρθροδέσεως της ποδοκνημικής εξαρτάται από τη θέση (ευμενή ή δυσμενή) την οποία κατέχει ο άκρος πόδας.

- Επί αγκυλώσεως της ποδοκνημικής σε ευμενή θέση (πελματιαία κάμψη έως 10°) με καλή λειτουργία των λοιπών αρθρώσεων του άκρου ποδός 15%
- Επί αγκυλώσεως της ποδοκνημικής σε ευμενή θέση μετά δυσλειτουργίας των λοιπών αρθρώσεων του άκρου ποδός. 20%
- Επί αγκυλώσεως της ποδοκνημικής σε δυσμενή θέση:
  - Πτερνοποδίας 25%
  - Ιπποποδίας 20%
  - Βλαισοποδίας 20%
  - Ραιβοποδίας 25%
  - Επί συνδυασμού των ανωτέρω 35%
- Επί υπολειμματικών καταστάσεων (οίδημα, επώδυνη οστεοπόρωση) προστίθεται ποσοστό αναπηρίας 5-10%

4.7.11. Ακρωτηριασμοί άκρου ποδός

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί απωλείας

- Μιας ή δύο φαλάγγων εκ των τεσσάρων τελευταίων δακτύλων για ένα έκαστο εξ αυτών. 0-1%
- Ονυχοφόρου φάλαγγος μεγάλου δακτύλου 3%
- Πέμπτου δακτύλου (ολοκλήρου) 2%
- Πέμπτου δακτύλου μετά του συστοίχου μεταταρσίου 7%
- Του μεγάλου δακτύλου (ολοκλήρου) 9%
- Του μεγάλου και του πέμπτου δακτύλου μετά των συστοίχων μεταταρσίων 20%
- Του μεγάλου δακτύλου και του συστοίχου μεταταρσίου ... 15%
- Ολοκλήρων των μεγάλου και πέμπτου δακτύλων 10%
- Δύο δακτύλων πλην του πρώτου και του πέμπτου 3%
- Του δευτέρου, τρίτου και τετάρτου δακτύλου 6%
- Των τριών τελευταίων δακτύλων 7%
- Των τριών πρώτων δακτύλων 15%
- Των τεσσάρων πρώτων δακτύλων 20%
- Ολων των δακτύλων 22%
- Ολων των δακτύλων και ημίσεος μεταταρσίου 25%
- Επί ακρωτηριασμού στο ύψος της ταρσομεταταρσίου .. 25-30%
- Επί ακρωτηριασμού στο ύψος της Χοπαρτίου 30-35%

4.8. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΥΩΝ, ΤΕΝΟΝΤΩΝ, ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Τα κάτω άκρα αποτελούν τα κινητικά όργανα του σώματος και κάθε βλάβη τους ή του ενός μόνο σκέλους, οφειλόμενη σε κάκωση ή πάθηση των μυών, τενόντων, αγγείων ή νεύρων αυτών επιφέρει αναπηρία, ο βαθμός και το ποσοστό της οποίας εξαρτάται εκ του αριθμού των προσβεβλημένων μυών, αγγείων, ή νεύρων, του είδους της βλάβης τους και της επαγγελματικής ειδικεύσεως του ασφαλισμένου.

Τα κάτω άκρα ως έχοντα κινητική και στηρικτική μόνο δραστηριότητα είναι ισοδύναμα και δεν διαφοροποιούνται ως προς το ποσοστό αναπηρίας ανεξαρτήτως της πάσχουσας πλευράς (δεξιό ή αριστερό σκέλος).

4.8.1. Ρήξη ή βλάβη του εκτατικού μηχανισμού του γόνατος

Η έκταση του γόνατος επιτελείται μέσω της συσπάσεως του τετρακέφαλου μυός ο οποίος δια του επιγονατιδικού συνδέσμου καταφύεται στο κνημιαίο κύρτωμα.

Ρήξη ή βλάβη του εκτατικού μηχανισμού επέρχεται επί κακώσεως σε οποιοδήποτε τμήμα του τετρακεφάλου, δηλαδή τη μυϊκή μάζα (βλάβη μιας ή περισσοτέρων μοιρών αυτού) του επιγονατιδικού συνδέσμου, την επιγονατίδα ή την κατάφυσή του στο κνημιαίο κύρτωμα με διαφορετικές αντιστοίχως επιπτώσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επι πλήρους μη αποκατασταθείσης ρήξεως του εκτατικού μηχανισμού, με αδυναμία εκτάσεως του γόνατος και υποχώρηση αυτού κατά τη βάδιση ή άνοδο και κάθοδο κλίμακος. 35%
- Επί μερικής ρήξεως ή ατελούς αποκαταστάσεως του εκτατικού μηχανισμού λόγω επιμηκύνσεως του επιγονατιδικού συνδέσμου και υπολειπομένης εκτάσεως κατά 30° 25%
- Επί μικροτέρου βαθμού μειώσεως της εκτάσεως όταν αυτή υπολείπεται κατά 10°-30° 0-25%
- Επί αποσπάσεως του κνημιαίου κυρτώματος δεδομένου ότι η βλάβη αποκαθίσταται χειρουργικώς και δεν καταλείπει μόνιμη αναπηρία, παρά μόνον ίσως ελαφρά δυσκινησία 0-10%

4.8.2. Ρήξη ή διατομή των οπίσθιων μηριαίων μυών

Οι οπίσθιοι μηριαίοι μύες (δικέφαλος μηριαίος, ημιϋμενώδης και ημιτενοντώδης) αποτελούν τους καμπτήρες του γόνατος και σταθεροποιούν αυτό σε θέση κάμψεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής όλων των οπίσθιων μηριαίων μυών 10%
- Επί διατομής ενός των οπίσθιων μηριαίων μυών 0-5%

4.8.3. Ρήξη ή διατομή του αχίλλειου τένοντος

Ο αχίλλειος τένοντας ο οποίος αποτελεί τον κοινό καταφυτικό τένοντα του γαστροκνημίου και υποκνημιδίου μυός, καταφυόμενος στην οπίσθια επιφάνεια της πτέρνης επιτελεί την μετά μεγάλης δυνάμεως κάμψη του άκρου ποδός και επιτρέπει τη στήριξη επί των δακτύλων. Η ρήξη του αχίλλειου τένοντος προκαλεί δυσχέρεια στη βάδιση, την άνοδο και κάθοδο κλίμακος ως και αδυναμία βαθέος καθίσματος. Η βλάβη είναι δεκτική ιάσεως δια χειρουργικής επεμβάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους, μη αποκατασταθείσης ρήξεως του αχίλλειου τένοντος μετά μεγάλης δυσχέρειας στην άνοδο και κάθοδο κλίμακος. 25%
- Επί μερικής ή ατελώς αποκατασταθείσης ρήξεως του αχιλλείου τένοντος όπου είναι μεν δυνατή η στήριξη επί των δακτύλων αλλά μετά μειωμένης μυϊκής ισχύος, συνυπάρχει δε αδυναμία λήψεως της θέσεως του βαθέος καθίσματος και σχετική δυσχέρεια στην άνοδο και κάθοδο κλίμακος. 5-20%
- Επί αποσπάσεως της καταφύσεως του αχίλλειου τένοντος αποκατασταθείσης χειρουργικώς και μικράς δυσχέρειας βαδίσεως. 0-5%

4.8.4. Ρήξη ή διατομή του πρόσθιου κνημιαίου μυός

Ο πρόσθιος κνημιαίος μυς ανασπά τον άκρο πόδα υπτιάζων συγχρόνως το πρόσθιο τμήμα αυτού. Η μεμονωμένη βλάβη του μυός είναι σπάνια, συνήθως δε συνδυάζεται με βλάβη ή διατομή και των υπολοίπων εκτεινόντων μυών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής του πρόσθιου κνημιαίου μυός 5-7%
- Επί μερικής διατομής του πρόσθιου κνημιαίου μυός 0-5%

4.8.5. Ρήξη ή διατομή του κοινού εκτείνοντος τους δακτύλους

Ο κοινός εκτείνων τους δακτύλους ανασπά τους δακτύλους και σε συνδυασμό με τη δράση του πρόσθιου κνημιαίου μυός εκτείνει ραχιαίως τον άκρο πόδα.

Η ρήξη ή διατομή του κοινού εκτείνοντος τους δακτύλους επιφέρει μικρή μόνο δυσχέρεια στη βάδιση, της δράσεως αυτού αναπληρουμένης εν μέρει υπό του βραχέος εκτείνοντος τους δακτύλους.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους, μη αποκατασταθείσης διατομής ή ρήξεως του κοινού εκτείνοντος τους δακτύλους 5%
- Επί μερικής ρήξεως αφορώσης σε ένα ή περισσότερους δακτύλους 0-4%

4.8.6. Ρήξη ή διατομή του κοινού καμπτήρος των δακτύλων

Ο κοινός καμπτήρας των δακτύλων κάμπτει αυτούς και σε συνδυασμό με τη δράση του γαστροκνημίου και υποκνημιδίου μυός επιτρέπει τη στήριξη επ' αυτών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής του κοινού καμπτήρος δακτύλων 3%
- Επί μερικής διατομής αφορώσης σε ένα ή περισσότερους δακτύλους 0-3%

4.8.7. Ρήξη ή διατομή των περονιαίων μυών

Οι περονιαίοι μύες (μακρός, βραχύς και τρίτος περονιαίος) προκαλούν με τη δράση τους υπτιασμό του άκρου ποδός και φέρουν αυτό σε θέση βλαισότητας.

Η διατομή των περονιαίων μυών προκαλεί αδυναμία υπτιασμού του άκρου ποδός και αστάθεια της ποδοκνημικής αρθρώσεως λόγω υπερισχύσεως των πρηνιστών μυών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής ή ρήξεως των περονιαίων 10-20%
- Επί ρήξεως ή διατομής ενός των περονιαίων 5%

4.8.8. Σύνδρομο των διαμερισμάτων της κνήμης

Το σύνδρομο αυτό, οφειλόμενο σε βλάβη του αρτηριακού συστήματος της κνήμης, εκ πιέσεως ή θρομβώσεως, η οποία επιφέρει ισχαιμική νέκρωση των εκ του προσβληθέντος κλάδου αρδευομένων μυών, διακρίνεται - αναλόγως του προσβληθέντος τμήματος - σε σύνδρομο του πρόσθιου και σύνδρομο του πλάγιου διαμερίσματος της κνήμης με ανάλογη συμπτωματολογία.

Σύνδρομο του πρόσθιου διαμερίσματος της κνήμης

Επί συνδρόμου του προσθίου διαμερίσματος της κνήμης προσβάλλονται οι πρόσθιος κνημιαίος, και οι μακρός και βραχύς εκτείνοντες τους δακτύλους μύες με απότοκο δυσχέρεια ή και πλήρη αδυναμία εκτάσεως του άκρου ποδός. Συνοδά συμπτώματα είναι ο πόνος κατά τη βάδιση, ο οποίος όμως παρέρχεται με την ανάπαυση, και υπαισθησία μεταξύ πρώτου και δεύτερου δακτύλου.

Στην οξεία φάση το σύνδρομο απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί μη αποκατασταθέντος χειρουργικώς και μεταπεσόντος σε χρονιότητα 15-25%

Σύνδρομο του πλάγιου διαμερίσματος της κνήμης

Στην περίπτωση αυτή προσβάλλονται οι περονιαίοι μύες με απότοκο αδυναμία υπτιασμού του άκρου ποδός ο οποίος αντιθέτως φέρεται σε ραιβότητα λόγω υπερισχύσεως των πρηνιστών μυών.

Η συμπτωματολογία και θεραπεία είναι ίδια όπως επί συνδρόμου του πρόσθιου διαμερίσματος της κνήμης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί μη αποκατασταθέντος χειρουργικώς και μεταπεσόντος σε χρονιότητα 10-15%

4.8.9. Διατομή (παράλυση) του ισχιακού νεύρου

Η παράλυση του ισχιακού νεύρου προκαλεί βαρύτατη κινητική αναπηρία ως εκ της παραλύσεως όλων των μυών του σκέλους πλην του τετρακεφάλου μηριαίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής αμφοτέρων των ισχιακών νεύρων 100%
- Επί πλήρους διατομής ενός των ισχιακών νεύρων 50%
- Επί μερικής βλάβης ενός των ισχιακών νεύρων αναλόγως της ομάδας των προσβεβλημένων μυών (βλ. βλάβη μεμονωμένων μυών) 30-50%
- Επί ατόνων ελκώσεων και καυσαλγιών αναλόγως της εκτάσεως των ελκώσεων και εντάσεως των ενοχλημάτων προστίθεται 10-40%

4.8.10. Διατομή (παράλυση) του θυροειδούς νεύρου

Η διατομή ή βλάβη του θυροειδούς νεύρου επιφέρει παράλυση των προσαγωγών μυών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους παραλύσεως του θυροειδούς νεύρου 10-15%
- Επί βλάβης ενός των κλάδων του 0-5%

4.8.11. Διατομή (παράλυση) του μηριαίου νεύρου

Από το μηριαίο νεύρο νευρούται ο τετρακέφαλος μηριαίος μυς, επί δε παραλύσεως αυτού προκαλείται αδυναμία εκτάσεως του γόνατος ως επί βλάβης του εκτατικού μηχανισμού αυτού με ανάλογο ποσοστό ανατομοφυσιολογικής βλάβης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους παραλύσεως του μηριαίου νεύρου 35%
- Επί μερικής παραλύσεως του μηριαίου νεύρου 20-30%
- Επί υπάρξεως αληθών καυσαλγιών προστίθεται 10-20%

4.8.12. Διατομή (παράλυση) του κοινού περονιαίου νεύρου

Το κοινό περονιαίο νεύρο αποτελεί συνέχεια του ισχιακού νεύρου διακλαδιζόμενο πάνω από την ιγνύ, σπανίως δε κατέρχεται από την πύελο ως χωριστός κλάδος.

Το κοινό περονιαίο νεύρο διακλαδίζεται στο επιπολής και το εν τω βάθει περονιαίο νεύρο στο ύψος του αυχένος της περόνης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής όπου επέρχεται παράλυση των περονιαίων μυών, του πρόσθιου κνημιαίου και των εκτεινόντων τους δακτύλους με απότοκο παραλυτική ιπποποδία και αναισθησία στην έξω επιφάνεια της γαστροκνημίας και τη ραχιαία επιφάνεια του άκρου ποδός, αναλόγως επαγγέλματος 30-50%
- Επί μερικής βλάβης όπου διατηρείται μέρος της μυϊκής ισχύος των από αυτό νευρούμενων μυών..........20-30%

4.8.13. Διατομή (παράλυση) του επιπολής περονιαίου νεύρου

Το επιπολής περονιαίο νεύρο αποτελεί κλάδο του κοινού περονιαίου νεύρου και συνήθης είναι η βλάβη του στο ύψος του αυχένος της περόνης από τραύμα ή πίεση. Είναι νεύρο ευαίσθητο, προσβάλλεται ευκόλως και επανέρχεται δυσχερώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής όπου επέρχεται παράλυση των περονιαίων μυών..........15-20%
- Επί μερικής βλάβης όπου διατηρείται μέρος της μυικής ισχύος των περιονιαίων μυών..........10-15%

4.8.14. Διατομή (παράλυση) του εν τω βάθει περονιαίου νεύρου

Το εν τω βάθει περονιαίο νεύρο αποτελεί τον άλλο κλάδο του κοινού περονιαίου νεύρου, επί διατομής δε ή βλάβης του επέρχεται παράλυση του πρόσθιου κνημιαίου, του κοινού εκτείνοντος τους δακτύλους, του ιδίου εκτείνοντος τον μεγάλο δάκτυλο και του βραχέος εκτείνοντος τους δακτύλους με απότοκο παραλυτική ιπποποδία και δυσχέρεια βαδίσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής του εν τω βάθει περονιαίου νεύρου όπου υπάρχει παραλυτική ιπποποδία 35%
- Επί μερικής βλάβης του εν τω βάθει περονιαίου νεύρου όπου διατηρείται μέρος της μυϊκής ισχύος των εκτεινόντων και του προσθίου κνημιαίου, αναλόγως επαγγέλματος 15-30%

4.8.15. Διατομή (παράλυση) του κνημιαίου νεύρου

Το κνημιαίο νεύρο αποτελεί τον άλλο κλάδο στους οποίους διακλαδίζεται το ισχιακό νεύρο και νευρεί, μαζί με τους κλάδους του, τους γαστροκνήμιο, ιγνυακό, οπίσθιο κνημιαίο, μακρό καμπτήρα τους δακτύλους, βραχύ καμπτήρα τους δακτύλους και καμπτήρα του μεγάλου δακτύλου μυς.

Η βλάβη του νεύρου αυτού επιφέρει σημαντική κινητική αναπηρία επειδή καταργείται η πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός και η στήριξη επί των δακτύλων με απότοκο σημαντική δυσχέρεια βαδίσεως και λήψεως θέσεως βαθέος καθίσματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους διατομής (παραλύσεως) του κνημιαίου νεύρου όπου επέρχεται παράλυση των από αυτό νευρούμενων μυών, αναλόγως επαγγέλματος 40-50%
- Επί μερικής βλάβης του κνημιαίου νεύρου όπου διατηρείται η δράση ορισμένων μυών, αναλόγως επαγγέλματος 30-40%

4.8.16. Συνδυασμένη παράλυση κοινού περονιαίου και κνημιαίου νεύρου

Επί συνδυασμένης βλάβης του κοινού περονιαίου και κνημιαίου νεύρου, ή πλήρους διατομής τους επέρχεται πλήρης παράλυση των κάτωθεν του γόνατος εκφυόμενων μυών, επί μερικής δε βλάβης παράλυση ορισμένων μεμονωμένων μυών ή ομάδος αυτών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους συνδυασμένης διατομής (παραλύσεως) του κοινού περονιαίου και κνημιαίου νεύρου 67%
- Επί μερικής βλαβης του κνημιαίου και κοινού περονιαίου νεύρου, αναλόγως των προσβεβλημένων μυών και του επαγγέλματος 30-50%
- Επί ατόνων ελκώσεων και αληθών καυσαλγιών αναλόγως της εκτάσεώς τους προστίθεται ποσοστό 10-30%

4.9. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Για να εκτιμήσουμε το βαθμό ανικανότητας που προκύπτει μετά από κακώσεις ή γενικώς παθήσεις της Σπονδυλικής Στήλης (Σ.Σ.) πρέπει να λάβουμε υπόψη στοιχεία σχετικά με τη φύση της λειτουργίας της.

1) Η Σ.Σ. χρησιμεύει για τη στήριξη του κορμού και την προάσπιση του Νωτιαίου Μυελού (Ν.Μ.) και των ριζών των Νωτιαίων Νεύρων (Ν.Ν.).

2) Το πάχος των μεσοσπονδυλίων δίσκων αυξάνεται εκ των άνω προς τα κάτω μέχρι του O_4-O_5 δίσκου, που φυσιολογικά είναι ο παχύτερος (9 χιλ.), ενώ ο επόμενος (τελευταίος) είναι κάπως λεπτότερος.

3) Το εύρος της αυχενικής μοίρας του σπουνδυλικού σωλήνος είναι μικρό· μόλις επαρκεί στο να περιέχει τον Ν.Μ. Αυξάνει σχετικά στη θωρακική μοίρα και στο όριο μεταξύ O_1 και O_2 απολήγει συνήθως ο Ν. Μ. Κάτωθεν του ορίου αυτού ο σπονδυλικός σωλήνας περιέχει το σύνολο των ριζών των οσφυϊκών, ιερών και κοκκυγικών νεύρων (ίππουρις).

4) Γι'αυτό σύνδρομο στενώσεως του σπονδυλικού σωλήνος δημιουργείται ευκολώτερα στην αυχενική μοίρα. Ακριβέστερα, οπίσθιες εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου, προπτώσεις μεσοσπονδυλίων δίσκων (κήλες), προβολές παραμορφωμένων σπονδυλικών σωμάτων στην αυχενική μοίρα προκαλούν συχνά πιέσεις επί του Ν.Μ. Αντίστοιχες παθολογικές καταστάσεις στην οσφυϊκή μοίρα προκαλούν πιέσεις επί των ριζών του Ν.Μ.

5) Συχνός επίσης κίνδυνος κακώσεως του Ν.Μ. υπάρχει στην περιοχή των τελευταίων θωρακικών και πρώτων οσφυϊκών σπονδύλων, όπου βρίσκεται το τελικό και ογκώδες μέρος του Ν.Μ. και όπου συχνά συμβαίνουν σφηνοειδείς εξ υπερκάμψε-

ως παραμορφώσεις των σπονδυλικών σωμάτων.

6) Σοβαρή διατάραξη των συνδεσμώσεων των μεταξύ των σπονδύλων - όπως επί καταγμάτων των ακανθωδών αποφύσεων ή επί ευρείας πεταλεκτομής - προκαλεί εξασθένιση της στατικής αντοχής της Σ.Σ. με χρονίζουσα ανάλογη συμπτωματολογία.

7) Η φύση της εργασίας, ο ιδιοσυστασιακός τύπος, το βάρος του σώματος, η ηλικία και η ικανότητα συνεργασίας του ασθενούς, επηρεάζουν σημαντικά τόσο τη φύση, τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση των συμπτωμάτων, όσο και τη δυνατότητα επαγγελματικής προσαρμογής.

8) Στις παθήσεις της Σ.Σ. λαμβάνουμε υπόψη όχι μόνο την ανικανότητα για εργασία, αλλά και το βαθμό του κινδύνου, που περιέχεται στη συγκεκριμένη εργασία, ως προς το ενδεχόμενο μιας ραγδαίας επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς.

9) Η κινητικότητα της Σ.Σ. διαφέρει από μοίρα σε μοίρα αυτής.

Αυχενική μοίρα

- κάμψη (προς τα πρόσω)=65°
- έκταση (προς τα οπίσω)=50°
- πλάγια κάμψη (δεξιά, αριστερά)=40°
- στροφή (δεξιά, αριστερά)=55°

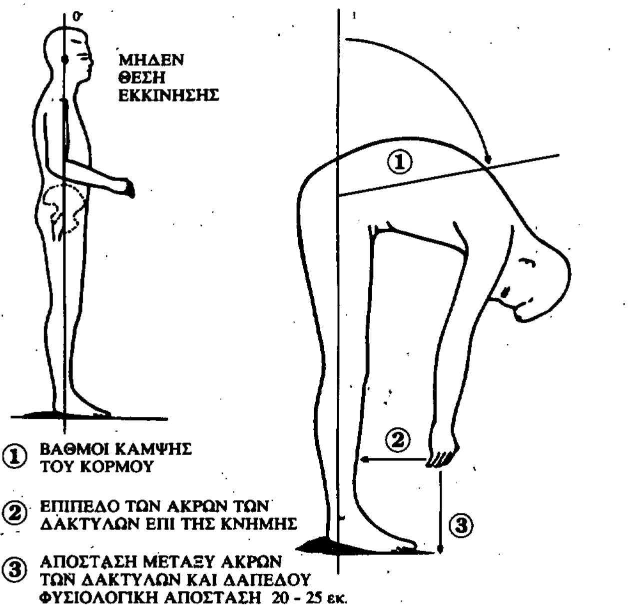
Θωρακική και οσφυϊκή μοίρα από κοινού

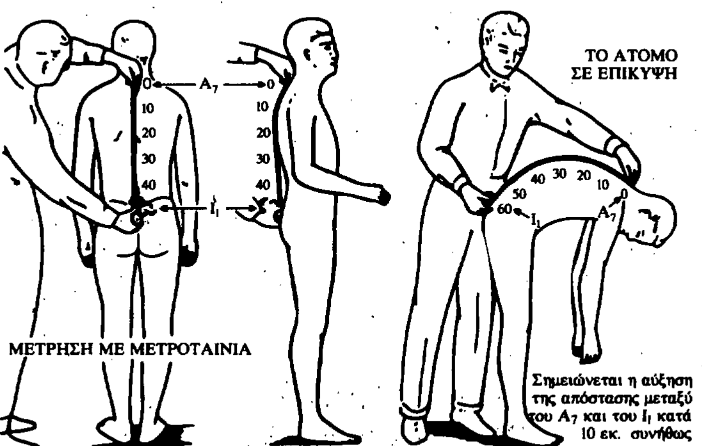
- κάμψη (προς τα πρόσω)=95°
- έκταση (προς τα οπίσω)=35°
- πλάγια κάμψη (δεξιά, αριστερά)=40°
- στροφή (δεξιά, αριστερά)=35°

Το εύρος των κινήσεων έχει ληφθεί από τα φύλλα εξέτασης του New York University Medical Center (Institute of Physical Medicine and Rehabilitation) και αφορούν σε νέους και απολύτως υγιείς ανθρώπους.

Οι μετρήσεις γίνονται όπως στις εικόνες που ακολουθούν.

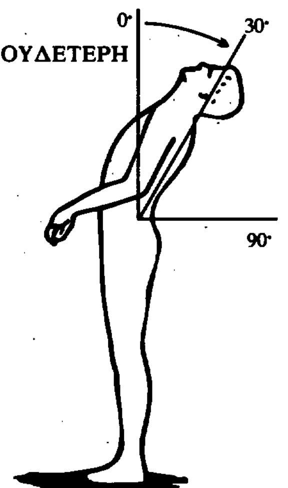
- Για την κάμψη (ενεργητική) (Εικ. 4.8).





Εικ. 4.8. Μέθοδος μέτρησης της ενεργητικής κάμψης.

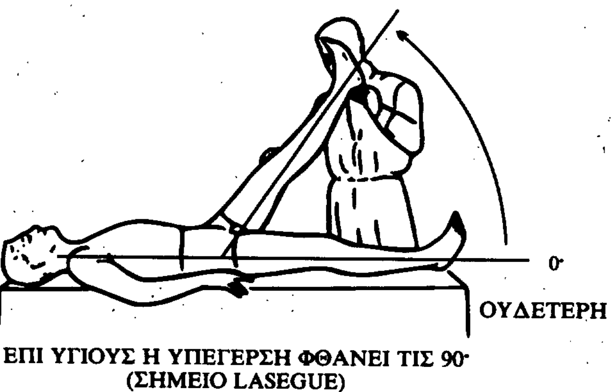
- Για την κάμψη επίσης (παθητική) (Εικ. 4.9).



Εικ. 4.9. Μέθοδος μέτρησης της παθητικής κάμψης.

- Για την έκταση του κορμού (Εικ. 4.10).

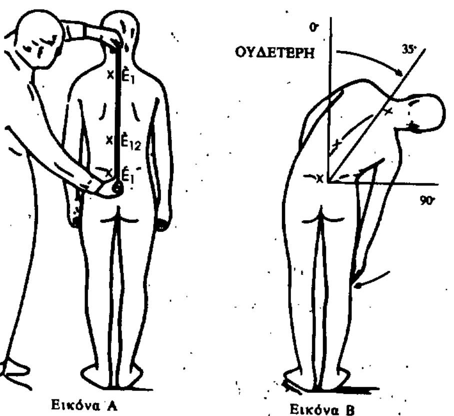
ΥΠΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ ΕΝ ΕΚΤΑΣΕΙ



ΕΠΙ ΥΓΙΟΥΣ Η ΥΠΕΓΕΡΣΗ ΦΘΑΝΕΙ ΤΙΣ 90°
(ΣΗΜΕΙΟ LASEGUE)

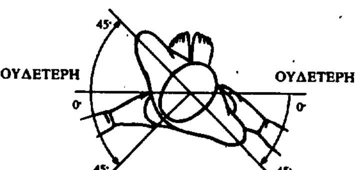
Εικ. 4.10. Μέθοδος μέτρησης της έκτασης κορμού.

- Για την πλάγια κάμψη (Εικ. 4.11).



Εικ. 4.11. Μέθοδος μέτρησης της πλάγιας κάμψης. Σημειώνουμε τα σημεία των ακανθωδών αποφύσεων των $Θ_1$-$Θ_{12}$-$Ι_1$ που ορίζουν κάθετο άξονα (Εικ. Α). Συγκρίνουμε τη μετακίνηση του άξονος κατά την πλάγια κάμψη έναντι της ουδετέρας θέσεως (Εικ. Β).

- Για τη στροφή (Εικ. 4.12).



Εικ. 4.12. Μέθοδος μέτρησης της στροφής. Κατά τη μέτρηση της στροφής η λεκάνη πρέπει να ακινητοποιείται σταθερά από τα χέρια του εξετάζοντος.

Κατωτέρω περιγράφονται οι σημαντικότερες παθήσεις, κακώσεις και σύνδρομα της Σ.Σ. από πλευράς ασφαλιστικής ιατρικής, στο τέλος δε παρατίθεται κοινός πίνακας κλιμάκωσης των ποσοστών αναπηρίας αναλόγως επιπέδου βαρύτητας της καταστάσεως.

4.9.1. Θλάση ΑΜΣΣ - αυχεναλγία - αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο

Θλάση ΑΜΣΣ

Πρόκειται περί κακώσεων των μαλακών μορίων της Σ.Σ. και ακριβέστερα των συνδέσμων αυτής και των παρασπονδυλικών μυών χωρίς να συνυπάρχουν ουσιώδεις οστικές βλάβες ή παρεκτοπίσεις αρθρώσεων. Αντιμετωπίζονται από την περίθαλψη και προκαλούν προσωρινή μόνο -μικρότερη του εξαμήνου-ανικανότητα προς εργασία. Σπανίως συνυπάρχουν μυελικά ευρήματα, συνήθως ελαφρά, λόγω μάλλον διακινήσεως του Ν.Μ. οπότε ο βαθμός αναπηρίας και η διάρκεια αυτής εξαρτώνται από τη διάρκεια και τη βαρύτητα των νευρολογικών φαινομένων (βλ. 4.9.3. και 4.9.6.).

Αυχεναλγία

Δεν αποτελεί νοσολογική οντότητα, αλλά μάλλον σύμπτωμα οφειλόμενο σε κακώσεις και παθήσεις της ΑΜΣΣ καθώς και άλλων οργάνων της περιοχής, ή και σε γενικότερες παθήσεις του οργανισμού. Ως εκ τούτου, η ενδεχόμενη από την αυχεναλγία ανικανότητα προς εργασία εξαρτάται από τη φύση του αιτίου που την προκαλεί και από τη διάρκεια αυτού.

Αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο

Είναι συνδυασμός ποικίλων συμπτωμάτων, που οφείλονται σε πίεση μιας ή περισσοτέρων ριζών των αυχενικών νωτιαίων νεύρων ετεροπλεύρως ή αμφοτεροπλεύρως. Η πίεση σπάνια είναι μόνιμη. Συνήθως εκδηλώνεται κατά αραιά ή συχνά διαστήματα. Η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλει και συχνά επηρεάζεται από τη θέση της κεφαλής στην εργασία, στον ύπνο, κατά τη διάρκεια της ημέρας και κατά την ώρα της εξετάσεως. Κάποτε συνυπάρχουν και φαινόμενα από τον ερεθισμό της αυχενικής μοίρας του συμπαθητικού στελέχους όπως κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγοι, σκοτοδίνη. Συνηθέστερο αίτιο αποτελεί η εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια, όπου οπίσθιες εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου προκαλούν στένωση των μεσοσπονδυλίων τρημάτων και πίεση των ριζών των Ν.Ν. Διαγνωστική αξία έχουν οι λοξές (3/4) ακτινογραφίες της Σ.Σ. Προέχουν τα συμπτώματα από την αισθητική μοίρα των Ν.Ν. (αιμωδίες, υπαισθησίες, καυσαλγίες) και σπανιώτερα εμφανίζονται συμπτώματα από την κινητική μοίρα. Η συνηθέστερη εντόπιση αφορά στην πρόσθια επιφάνεια του ώμου, την ωμοπλάτη, τη μεσότητα του βραχίονος μέχρι και την περιοχή κατανομής στην παλάμη του μέσου ή του ωλενίου νεύρου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Τα συνήθη σύνδρομα διαρκούν λιγότερο του εξαμήνου και αντιμετωπίζονται από την περίθαλψη.......0%
- Επί υπάρξεως ευρημάτων από την κινητική μοίρα (έκπτωση μυϊκής ισχύος π.χ. της αντιθέσεως των δακτύλων, μυατροφίες δελτοειδούς ή μεσοστέων μυών των χειρών κ.λπ.) 5-35%
- Επί συνυπάρξεως συμπτωμάτων από την κεφαλή βλ. οικεία κεφάλαια. Γενικώς επιβάλλεται αναθεώρηση της γνωματεύσεως μετά από 6 μήνες.

4.9.2. Κάταγμα του οδόντος του 2ου αυχενικού σπονδύλου

Συνήθως αφορά στη βάση του οδόντος και όχι σπάνια συνδυάζεται και με άλλες κακώσεις της Σ.Σ. Ελέγχεται καλύτερα με ακτινογραφία πλάγια και προσθιοπίσθια διαστοματική. Διάρκεια παγίωσης της βλάβης 6 μήνες. Μετά τους 6 μήνες:

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ανευ παρεκτοπίσεως, άνευ δυσκινησίας της ΑΜΣΣ και άνευ νευρομυελικών διαταραχών.......0%
- Μετά παρεκτοπίσεως έστω και μικράς ή και τάσης προς παρεκτόπιση άνευ νευρομυελικών διαταραχών επί 6 μήνες ακόμη αναλόγως της φύσεως της εργασίας του.......50-67%
  Μετά τη λήξη και του δευτέρου εξαμήνου αναλόγως της φύσεως της εργασίας του.......15-50%
- Επί συνυπάρξεως μυελικών φαινομένων ή συμπτωμάτων από τα νεύρα του αυχενικού πλέγματος αναλόγως του είδους και της βαρύτητας αυτών (βλ. οικεία κεφάλαια).

4.9.3. Κατάγματα σώματος ή αποφύσεων των σπονδύλων (στις διάφορες μοίρες της Σ.Σ.)

Τα κατάγματα του σπονδυλικού σώματος είναι συχνότερα και πλέον σημαντικά, επειδή από την παραμόρφωσή τους και την παρεκτόπιση μικρών ή μεγάλων τμημάτων διαταράσσεται η στατική αρχιτεκτονική της Σ.Σ., προκαλούνται βλάβες του Ν.Μ. και των Ν.Ν. άμεσες ή υστερογενείς, αναπτύσσονται τοπικές εκ-

φυλιστικές αλλοιώσεις και εγκαθίστανται επώδυνα σύνδρομα.

Πλέον συνήθη τα "εξ υπερκάμψεως" με δημιουργία σφηνοειδούς παραμορφώσεως όπου το πρόσθιο ύψος του σπονδυλικού σώματος είναι μικρότερο του οπισθίου. Ψηλαφάται συνήθως ύβος ή διαπιστώνεται επισκοπικώς κυφωτική παραμόρφωση.

Αλλοτε η σφηνοειδής παραμόρφωση διαμορφώνεται με αλλοίωση του ύψους των πλαγίων επιφανειών, οπότε δημιουργείται σκολιωτική παραμόρφωση της Σ.Σ.

Αλλοτε η συμπίεση του σπονδυλικού σώματος κατανέμεται ομοιογενώς, οπότε η ακτινογραφική εικόνα δείχνει αποπλάτυνση του σπονδυλικού σώματος. Τέλος, σπανιώτερα η σφηνοειδής παραμόρφωση οφείλεται σε μηχανισμό "εξ υπερεκτάσεως" οπότε το οπίσθιο ύψος είναι μικρότερο του προσθίου.

Ως επί το πλείστον συνυπάρχουν και συνδεσμικές ρήξεις - συνήθως των μεσακανθίων- ή κατάγματα αποσπαστικού τύπου των ακανθωδών αποφύσεων.

Η διάρκεια παγιώσεως της βλάβης δεν υπερβαίνει συνήθως του 6 μήνες.

- **Κατάγματα των αυχενικών σπονδύλων**

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Το κάταγμα ενός από τους δύο πρώτους αυχενικούς σπονδύλους απαιτεί μεγαλύτερη προφύλαξη, έστω και αν δεν έχει προκαλέσει εμφανείς παραμορφώσεις, ή δεν συνυπάρχει συμπτωματολογία από το νευρικό σύστημα. Ετσι για το πρώτο έτος σε κάταγμα των τόξων του A_1 χωρίς παρεκτόπιση, ή σε κάταγμα του σώματος του A_2 χωρίς παραμόρφωση .... 50-67%.
  Μετά το πρώτο έτος με δεδομένη την πώρωση και την ορθή σχέση των οστών μεταξύ τους (σε διάφορες θέσεις της κεφαλής) χωρίς δυσκινησία, χωρίς νευρολογική σημειολογία αναλόγως του επαγγέλματος 10-35%
- Επί συνδυασμένου κατάγματος και των δύο πρώτων σπονδύλων, για το πρώτο έτος 80%
  Μετά το πρώτο έτος με πλήρη πώρωση, διατήρηση της ορθής σχέσεως μεταξύ τους, άνευ δυσκινησίας ή νευρολογικών ευρημάτων, αναλόγως του επαγγέλματος 15-50%
- Επί κατάγματος του ενός ή και των δύο πρώτων αυχενικών σπονδύλων μετά ηπίας μυελικής συμμετοχής ή συμπτωματολογίας από τις ρίζες του αυχενικού πλέγματος για τα δύο πρώτα έτη 80%
  Μετά το πέρας των δύο ετών συνιστάται αναθεώρηση κατ' έτος με λεπτομερή κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.
- Επί κατάγματος του σώματος των λοιπών αυχενικών σπονδύλων άνευ δυσκινησίας ή νευρολογικής σημειολογίας μετά το πρώτο εξάμηνο 10-20%
- Επί κατάγματος του σώματος των λοιπών αυχενικών σπονδύλων με δυσκινησία του αυχένος (ευθειασμός της Σ.Σ.) με παρουσία απλής πυραμιδικής αντιδράσεως ή ελαφρά και κατά περιόδους σημειολογία από τις ρίζες του αυχενικού και βραχιονίου πλέγματος 15-35%
- Επί παρουσίας βαρυτέρων μυελικών ευρημάτων ή επιμόνων αισθητικών ή και κινητικών διαταραχών βλ. στα σχετικά κεφάλαια
- Επί κατάγματος των αποφύσεων (συνήθως ακανθωδών) των αυχενικών σπονδύλων άνευ αντικειμενικών ευρημάτων....... 0%
- Επί κατάγματος των αποφύσεων των αυχενικών σπονδύλων μετά παραμονής επιμόνου αυχεναλγίας και δυσκινησίας αναλόγως του επαγγέλματος 5-15%

- **Κατάγματα των θωρακικών και των δύο πρώτων οσφυϊκών σπονδύλων**

Αφορούν συχνότερα στους κατωτέρους θωρακικούς και τους πρώτους οσφυϊκούς σπονδύλους και είναι ως επί το πλείστον εξ υπερκάμψεως. Συχνά το κάταγμα αφορά περισσοτέρους του ενός γειτονικούς σπονδύλους, οπότε η γωνίωση της Σ.Σ. είναι εντονώτερη, ο κίνδυνος μυελικών βλαβών μεγαλύτερος καθώς και η ανάπτυξη δευτερογενών εκφυλιστικών αλλοιώσεων. Τοπικά άλγη ράχεως και ζωστηροειδή με δυσκαμψία οι συνήθεις ενοχλήσεις.

- **Κατάγματα των τριών τελευταίων σπονδύλων**

Δεν είναι τόσο συχνά και δεν προκαλούνται εξ αυτών μυελικές βλάβες. Δυνατόν όμως να προκληθούν βλάβες των ριζών των οσφυϊκών, ιερών και κοκκυγικών νεύρων ως ιππουριδική συνδρομή. Επίσης στην περιοχή αυτή είναι πιο συχνές οι εκτεταμένες συνδεσμικές και δισκικές βλάβες οι οποίες επηρεάζουν την αντοχή της ΟΜΣΣ στις καταπονήσεις, γι'αυτό και στην εκτίμηση της ενδεχόμενης αναπηρίας υπολογίζεται σοβαρά η φύση του επαγγέλματος και η ηλικία του ασθενούς.

Η παγίωση των καταγμάτων του σώματος των θωρακικών και οσφυϊκών σπονδύλων εξαρτάται και από το είδος της θεραπείας, η οποία έχει εφαρμοσθεί και ολοκληρώνεται μεταξύ 6 έως 12 μηνών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απλό συμπιεστικό κάταγμα σπονδυλικού σώματος πωρωθέν χωρίς σημαντική παραμόρφωση και χωρίς νευρολογική σημειολογία ασχέτως επαγγέλματος. 10-15%
- Πωρωθέν συμπιεστικό κάταγμα ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων με έκδηλη σφηνοειδή παραμόρφωση και φανερό ύβο, χωρίς αξιοσημείωτη νευρολογική σημειολογία με δυσκινησία της Σ.Σ. εν σχέσει με το επάγγελμα και την ηλικία. 15-25%
- Συμπιεστικό κάταγμα ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων χειρουργηθέν και υποβληθέν σε σπονδυλοδεσία με οστικά μοσχεύματα, ενώ παραμένουν τοπικά ενοχλήματα αναλόγως του επαγγέλματος και της ηλικίας 25-35%
- Συμπιεστικό κάταγμα ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων χειρουργηθέν και σταθεροποιηθέν δια μεταλλικού υλικού οστεσύνθεσης αναλόγως των συμπτωμάτων, της υπολειμματικής νευρολογικής σημειολογίας και του επαγγέλματος. 35-50%
- Συντριπτικό κάταγμα ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων χειρουργηθέν δι'ευρείας εκτεταμένης πεταλεκτομής άνευ σπονδυλοδεσίας με άλγη στην περιοχή και δυσκινησία αναλόγως του επαγγέλματος. 50-67%
- Συντριπτικό κάταγμα ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων, χειρουργηθέν ή όχι, με ατελή παραπληγία ή πλήρη παραπληγία, με μερική ή πλήρη ιππουριδική συνδρομή, διαταραχές λειτουργίας σφιγκτήρων κλπ. αναλόγως του είδους και της βαρύτητας των νευρολογικών συμπτωμάτων και ασχέτως επαγγέλματος ή ηλικίας σύμφωνα με τα καθοριζόμενα στα οικεία κεφάλαια.
- Κατάγματα εγκαρσίων αποφύσεων οσφυϊκών σπονδύλων πωρωθέντα ή εν ψευδαρθρώσει 0-5%
- Κατάγματα ακανθωδών αποφύσεων πωρωθέντα ή εν ψευδαρθρώσει, αναλόγως της ενδεχόμενης συνδεσμικής ασταθείας 0-10%

4.9.4. Εξαρθρήματα-υπεξαρθρήματα σπονδύλων

Εξαρθρήματα

Σπανιώτερες βλάβες της Σ.Σ. αλλά πολύ πιο σοβαρές. Είναι συχνότερα στην αυχενική μοίρα ως εκ της φοράς των αρθρικών επιφανειών και συνοδεύονται κατά κανόνα από μυελικές βλάβες μέχρι της πλήρους τετρα-ή παραπληγίας. Εκ της νευρολογικής σημειολογίας καθορίζεται ο βαθμός αναπηρίας (βλ. οικεία κεφάλαια).

Υπεξαρθρήματα

Πρόκειται περί μικρής μετατοπίσεως του ενός σπονδυλικού σώματος έναντι του υποκειμένου. Συνήθη στην αυχενική μοίρα της Σ.Σ. Συνυπάρχει κάταγμα των αρθρικών αποφύσεων και ρήξη συνδεσμική.

Διαπιστώνεται ακτινολογικώς, όταν ο έλεγχος γίνει σε διάφορες θέσεις από τη μέγιστη κάμψη έως τη μέγιστη έκταση.

Συχνά συνοδεύεται από συμπτωματολογία μυελική ή εκ των ριζών των Ν.Ν. και από δυσκαμψία της περιοχής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Υπαξάρθρημα μη σταθεροποιηθέν χωρίς νευρολογική συμπτωματολογία 20-35%
- Υπεξάρθρημα σταθεροποιηθέν δια σπονδυλοδεσίας χωρίς νευρολογική συμπτωματολογία 15-25%
- Υπεξάρθρημα σταθεροποιηθέν ή μη με νευρολογική συμπτωματολογία αναλόγως της βαρύτητας των νευρολογικών ευρημάτων (βλ. οικεία κεφάλαια) και αναλόγως της φύσεως του επαγγέλματος.

4.9.5. Οσφυαλγία, ισχιαλγία, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου

Οσφυαλγία

Δεν αποτελεί νοσολογική οντότητα, αλλά μάλλον σύμπτωμα οφειλόμενο σε μεγάλο αριθμό παθήσεων τόσο της Σ.Σ. όσον και άλλων οργάνων. Ο όρος υποδηλώνει γενικώς πόνο στην περιοχή της οσφύος.

Παθήσεις της Σ.Σ. εκφυλιστικές, φλεγμονώδεις, κακώσεις διάφορες, συγγενείς ή επίκτητες παραμορφώσεις, νεοπλάσματα, μεταβολικά νοσήματα, αλλά και παθήσεις άλλων οργάνων, όπως: γυναικολογικές, ουρολογικές, έλκος γαστροδωδεκαδακτυλικό, δυσπλασίες ισχίων, ανισοσκελία εν γένει, παρέσεις των κάτω άκρων κ.λπ. μπορούν να θεωρηθούν αίτια οσφυαλγίας. Λόγω των πολλών παθήσεων, που εκδηλώνονται με το σύμπτωμα αυτό, η οσφυαλγία αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτιάσεις των ατόμων που προβάλλουν ανικανότητα προς εργασία.

Η λεπτομερής κλινική εξέταση σε συσχετισμό με το ιστορικό και τον εργαστηριακό έλεγχο δύνανται να αποδείξουν το αληθές ή όχι των αιτιάσεων, τη συχνότητα και την ένταση του προβαλλομένου συμπτώματος. Ως σύμπτωμα αυτό καθαυτό δεν

αξιολογείται ασφαλιστικώς, παρά μόνο για να οδηγήσει στη διάγνωση του αιτίου. Η πάθηση, που προκαλεί την οσφυαλγία, εφόσον αποδειχθεί, θα αξιολογηθεί αναλόγως. Ενδεικτικά σημεία κλινικού ελέγχου των προβαλλομένων αιτιάσεων οσφυαλγίας περιγράφονται κατωτέρω (βλ. κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου).

Ισχιαλγία

Με τον όρο αυτόν δηλώνεται πόνος -ως σύμπτωμα- κατά μήκος του ενός ή και των δύο ισχιακών νεύρων από το σημείο αναδύσεως (γλουτός) και κατωτέρω, ήτοι οπίσθια επιφάνεια μηρού, ιγνύς, έξω ή οπισθία επιφάνεια κνήμης μέχρι του έξω ή έσω χείλους του ποδός. Το άλγος έχει συνήθως το χαρακτήρα καυσαλγίας, είναι συσφιγκτικό στην κνήμη, συνοδεύεται από αιμωδίες προς τα περιφερικά τμήματα του σκέλους με υπερ-ή υποαισθητικές περιοχές ριζιτικής κατανομής.

Συνοδά ευρήματα ενίοτε εκ της κινητικής μοίρας, όπως μείωση ισχύος των εκτεινόντων, ή των καμπτήρων τον πόδα και σπανιώτερα μείωση της ισχύος του τετρακεφάλου μυός.

Ως γενεσιουργό αίτιο που προκαλεί πίεση ή ερεθισμό ρίζας, ή ριζών Νωτιαίων Νεύρων και έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της ισχιαλγίας μπορεί να θεωρηθεί κατά κύριο λόγο η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, η εκφυλιστική δισκαρθροπάθεια, η σπονδυλολίσθηση, η ιεροποίηση και άλλες συγγενείς ανωμαλίες και περαιτέρω κακώσεις της Σ.Σ., φλεγμονώδεις παθήσεις, νεοπλάσματα καθώς και αίτια τα οποία ασκούν πίεση ή ερεθισμό κατά μήκος του στελέχους του ισχιακού νεύρου, ή των κλάδων αυτού π.χ. ιερολαγονίτιδα, γυναικολογικές παθήσεις, κάταγμα άνω άκρου περόνης, σύνδρομο διαμερίσματος κνήμης κ.λπ.

Μέλημα του γιατρού είναι να οδηγηθεί στην ανεύρεση του αιτίου, το οποίο προκαλεί την ισχιαλγία και τότε θα εκτιμηθεί ορθά η βαρύτητα της καταστάσεως και εν συσχετισμώ με τη φύση του επαγγέλματος, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς να κριθεί ο βαθμός ανικανότητας προς εργασία. Ενδεικτικά σημεία κλινικοεργαστηριακού ελέγχου επί των αιτιάσεων ισχιαλγίας περιγράφονται κατωτέρω (βλ. κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου).

Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου

Είναι προβολή του μεσοσπονδυλίου δίσκου προς τα οπίσω. Ακριβέστερα είναι προπέτεια του υποστάντος βαθμό εκφυλίσεως ινώδους δακτυλίου υπό την πίεση εκ των έσω του πηκτοειδούς πυρήνος.

Ενα συγκεκριμένο γεγονός έντονης ή ελαφράς καταπόνησης της Σ.Σ. μπορεί να αποτελέσει το εκλυτικό αίτιο της κήλης. Εντούτοις, προϋπάρχει κατά κανόνα από μακρού διαδικασία βαθμιαίας εκφύλισης του μεσοσπονδυλίου δίσκου.

Σπανίως ο ινώδης δακτύλιος ρήγνυται και δια του ρήγματος προβάλλει απευθείας ο πηκτοειδής πυρήνας, ή διερχόμενος δια του ρήγματος πίπτει εντός του σπονδυλικού σωλήνος.

Εκ του προέχοντος-άλλοτε προς το δεξιό και άλλοτε προς το αριστερό μεσοσπονδύλιο τρήμα - δίσκου ασκείται πίεση επί της διερχόμενης δια του τρήματος ρίζας Ν.Ν. ή και επί της ρίζας του αμέσως κατωτέρου μυελοτομίου. Σπανιότερα η προβολή του δίσκου είναι κεντρική και πιέζει συγχρόνως αμφοτεροπλεύρως τις ισοϋψείς ρίζες. Εαν δε τμήμα του δίσκου βρεθεί ελεύθερο εντός της δέσμης της ιππούριδας, προκαλεί συμπτώματα εκ πιέσεως διαφόρων ριζών περισσοτέρων της μιας αδιακρίτως ύψους. Συμπτωματολογία εκ πολλαπλών ριζών δημιουργείται και κατά την περίπτωση μηνιγγικής αντιδράσεως μετά από μυελογραφία προς διαπίστωση κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου και τότε δυσχεραίνεται η διάγνωση.

Η κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου παρουσιάζεται συνήθως σε άτομα 3ης έως 6ης δεκαετίας της ζωής και αφορά κατά κύριο λόγο στους δύο τελευταίους οσφυϊκούς δίσκους (O_4-O_5 και O_5-I_1), σπανιώτερα δε σε άλλους δίσκους.

Η συμπτωματολογία της περιέχει ευρήματα τοπικά (πόνος, μυϊκός σπασμός, δυσκινησία της περιοχής), κυρίως όμως ευρήματα από τη ρίζα του Ν.Ν. που πιέζεται (αιμωδίες, άλγη κατά τη διαδρομή του νεύρου, άλγη ομάδας μυών, υπαισθητικές περιοχές έως κινητική πάρεση του νεύρου).

Στα αρχικά στάδια δεν υπάρχει ειδικό ακτινολογικό εύρημα. Ετη μετά την πρωτοεκδήλωση θα εμφανισθεί το φαινόμενο της στενώσεως ενός συγκεκριμένου μεσοσπονδυλίου διαστήματος.

Η πάθηση έχει το χαρακτηριστικό της αιφνίδιας εμφάνισης και είναι δυνατόν μετά την υποχώρηση της κήλης να μην υπάρχουν καθόλου συμπτώματα επί σειράν ετών. Σωστή αντιμετώπιση του παροξυσμού και ορθή περαιτέρω αγωγή με κατάλληλη ενημέρωση δύνανται να αποτρέψουν την εμφάνιση, συχνών τουλάχιστον, υποτροπών και να επιτρέψουν τη συνέχιση της επαγγελματικής δραστηριότητας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από τη βαρύτητα της κλινικοεργαστηριακής εικόνας

σε συσχετισμό προς το επάγγελμα, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του πάσχοντος (βλ. κατωτέρω).

4.9.6. Εκφυλιστική δισκαρθροπάθεια - στένωση σπονδυλικού σωλήνος

Εκφυλιστική δισκαρθροπάθεια

Πρόκειται περί χρονίων αλλοιώσεων εκφυλιστικής σπονδυλαρθροπαθείας με συμμετοχή και του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Χαρακτηρίζεται από τη χρονιότητα των συμπτωμάτων με διακυμάνσεις εντάσεως και συναντάται συνήθως σε άτομα πλέον προχωρημένης ηλικίας επί των οποίων η μακροχρόνια εργασία επέφερε βαθμιαίως τις αλλοιώσεις. Κατ'εξαίρεση απαντάται και σε νέα άτομα πολυώρου απασχολήσεως με την ΑΜΣΣ εν κάμψει (δακτυλογράφοι, σχεδιαστές, ράπτριες, κεντήστρες κ.ο.κ.) με αλλοιώσεις στους μέσους και κατωτέρους αυχενικούς σπονδύλους.

Τα κλινικά ευρήματα έχουν τοπικό κυρίως χαρακτήρα, ενώ οι ριζιτικές επεκτάσεις είναι λιγότερο έντονες. Επί της αυχενικής εντοπίσεως παρατηρούνται ενίοτε και μυελικά φαινόμενα. Τα εκ των ριζών των Ν.Ν. συμπτώματα οφείλονται περισσότερο σε περιεστιακό οίδημα παρά σε άμεση πίεση εκ των αλλοιωμένων ιστών.

Ακτινολογικώς προέχουν τα ευρήματα παραμορφώσεως των σπονδυλικών σωμάτων και εναποθέσεως αλάτων ασβεστίου στα χείλη των σπονδυλικών σωμάτων. Συνυπάρχουν σκληρύνσεις στις μεταξύ των σπονδύλων επιφάνειες των σωμάτων και στενώσεις των αναλόγων μεσοσπονδυλίων διαστημάτων.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από την κλινικοεργαστηριακή εικόνα, το επάγγελμα, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του πάσχοντος (βλ. κατωτέρω).

Στένωση του σπονδυλικού σωλήνος

Είναι κατάσταση που δημιουργείται από διάφορα αίτια όπως: κατάγματα, εξαρθρήματα ή υπεξαρθρήματα, σπονδυλολίσθηση, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, εκφυλιστική δισκαρθροπάθεια, παραμορφώσεις της Σ.Σ. (κύφωση, σκολίωση), μικροβιακές ή παρασιτικές βλάβες, συγγενείς διαμαρτίες, νεοπλάσματα.

Παρουσιάζεται κυρίως στην ΟΜΣΣ και δευτερευόντως δύναται να αφορά σε όλη την έκταση του σπονδυλικού σωλήνος.

Συνήθης κλινική εικόνα η της μυελοπαθείας -όπου υπάρχει Ν.Μ.- με ευρήματα πιέσεως και ριζών των Ν.Ν. στο ύψος της βλάβης. Στένωση του σπονδυλικού σωλήνος κατωτέρω του O_2 παρέχει συμπτωματολογία εκ πιέσεως πολλαπλών ριζών των Ν.Ν. Τα συμπτώματα επομένως ποικίλουν εκ της εντοπίσεως, της αιτίας και εκ του βαθμού πιέσεως του περιεχομένου του σπονδυλικού σωλήνος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από τη βαρύτητα του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου, το επάγγελμα, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του πάσχοντος (βλ. κατωτέρω).

Κλινικός έλεγχος

Επί όλων των περιπτώσεων συμπτωματολογίας από την Σ.Σ. ένα πλήρες ιστορικό θα επιβεβαιώσει, ή θα θέσει εν αμφιβόλω τις αιτιάσεις του εξεταζομένου. Στη συνεχεία ο λεπτομερής κλινικός έλεγχος συνδυαζόμενος με την κατά περίπτωση απαραίτητη εργαστηριακή έρευνα θα καταδείξει το είδος και τη σοβαρότητα της παθήσεως, αλλά και την πιστότητα των προβαλλομένων ενοχλημάτων.

Στον κλινικό έλεγχο συνιστάται να περιλαμβάνονται τα εξής: μορφολογικός έλεγχος (ύβος - κυρτώματα), έλεγχος κινητικότητας της Σ.Σ. και ισχίων, σπασμοί παρακειμένων μυών, μυϊκές ατροφίες, έκπτωση μυϊκής ισχύος ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι μυατροφιών (βάδιση επί πτερνών και δακτύλων), σημείο Trendelenburg, ανισοσκελία, επώδυνα σημεία κατά τη διάταση των ιερολαγονίων, επώδυνα σημεία από τις ακανθώδεις αποφύσεις και παρασπονδυλικώς, εύρος κινήσεων σπονδυλοπλευρικών αρθρώσεων (αναπνευστικό εύρος), σημείο Lasègue το οποίο επαληθεύεται με σύγχρονο έκταση του ποδός (ραχιαίως) ή με κάμψη της κεφαλής (προς το στήθος). Επίσης έλεγχος τενοντίων αντανακλάσεων, της αισθητικότητας και του ενδεχομένου αναδύσεως παθολογικών αντανακλαστικών. Ο τρόπος βαδίσεως, απεκδύσεως και ενδύσεως συμβάλλει στην εκτίμηση της καταστάσεως του πάσχοντος.

Απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος

Ακτινογραφίες της Σ.Σ. με κατάλληλη επικέντρωση (Face-Profil) και δύο λοξές (αριστερά και δεξιά). Ακτινογραφία λεκάνης - ισχίων (Face). Επί πλέον -αναλόγως προς την περίπτωση,

και εφόσον κρίνεται απαραίτητο- ηλεκτρομυογράφημα, όπου πρέπει να διακρίνονται και να αξιολογούνται ανάλογα οι εν ενεργεία βλάβες και οι υπολειμματικές από παλαιές κακώσεις ή παροξυσμούς. Επίσης αξονική τομογραφία με δυνατότητα προσωπικής αξιολογήσεως, μυελογραφία, σπινθηρογράφημα των οστών, κοινές τομογραφίες του πάσχοντος σπονδύλου κ.λπ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κοινός πίνακας εκτιμήσεως της λειτουργικής ανικανότητας επί των παθήσεων της Σ.Σ. και ιδιαιτέρως επί οσφυαλγίας, ισχιαλγίας, κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου, εκφυλιστικής δισκαρθροπάθειας και στενώσεως του σπονδυλικού σωλήνος.

- Επί παρουσίας τοπικών κατά περιόδους συμπτωμάτων (πόνοι, δυσκινησία άνευ ή μετά σπασμού παρασπονδυλικών μυών) χωρίς νευρολογική σημειολογία ως εκ του παροδικού των κρίσεων αντιμετωπίζεται με προσωρινή μόνο ανικανότητα ημερών.
- Επί παρουσίας τοπικών συμπτωμάτων, άνευ σπασμού παρασπονδυλικών μυών, με ευρήματα εκ παλαιάς ριζιτικής βλάβης (π.χ. κατάργηση τενοντίου αντανακλαστικού), άνευ προηγηθείσης εγχειρήσεως 10-20%
- Επί παρουσίας τοπικών συμπτωμάτων άνευ μυϊκού σπασμού με ευρήματα εκ παλαιάς ριζιτικής βλάβης κατόπιν προηγηθείσης εγχειρήσεως και αναλόγως των μετεγχειρητικών επιπτώσεων επί της στηρικτικότητας της Σ.Σ. και του επαγγέλματος: 15-35%
- Επί παρουσίας τοπικών συμπτωμάτων άνευ μυϊκού σπασμού με αισθητικές διαταραχές (υπαισθησία) εξ ενεργού ριζίτιδας.
  α) με σημείο Lasègue άνω των 60° αναλόγως του επαγγέλματος .... 35-50% [6 μήνες]
  β) με σημείο Lasègue κάτω των 60° .... 50% [1 έτος]
- Επί παρουσίας τοπικών συμπτωμάτων μετά σπασμού παρασπονδυλικών μυών και αισθητικές διαταραχές (υπαισθησία) εξ ενεργού ριζίτιδας
  α) με σημείο Lasègue άνω των 60° .... 50% [1 έτος]
  β) με σημείο Lasègue κάτω των 60° .... 67% [1 έτος]
- Επί παρουσίας τοπικών συμπτωμάτων άνευ σπασμού παρασπονδυλικών μυών μετά ελαφράς μυελικής αντιδράσεως (υπολειμματική) όπως αύξηση της εντάσεως των τενοντίων αντανακλάσεων, επέκταση της ανακλαστικογόνου ζώνης χωρίς ανάδυση παθολογικών αντανακλάσεων και επηρεασμό της βαδίσεως 35%
- Επί συνυπάρξεως παρέσεως περιφερικού νεύρου συνυπολογίζεται το εκ της παρέσεως ποσοστό αναπηρίας (βλ. σχετικό κεφάλαιο) μετά του ποσοστού της ως άνω κατηγορίας κατά τη μέθοδο των πολλαπλών βλαβών.
- Επί πλήρους, ή ατελούς τετραπληγίας, ή παραπληγίας βλ. σχετικό κεφάλαιο.

- Στο βαθμό αναπηρίας εκάστης των ανωτέρω περιπτώσεων συνυπολογίζεται κατά τη μέθοδο των πολλαπλών βλαβών το προκύπτον ως ανωτέρω ποσοστό αναπηρίας, που αντιστοιχεί σε συμπτωματολογία αισθητικού κυρίως τύπου ιππουριδικής συνδρομής, εφόσον διαπιστώνεται αυτή.
  - ιππουριδική συνδρομή ελαφρά μετά από εγχείρηση της παθήσεως (χωρίς διαταραχή της λειτουργίας σφιγκτήρων ή του μηχανισμού στύσεως) 15-25%
  - ιππουριδική συνδρομή κατόπιν εγχειρήσεως βαρεία.... 35-67%
  - ιππουριδική συνδρομή επί μη χειρουργηθείσης βλάβης .... 35-67% [1 έτος]

4.9.7. Σπονδυλόλυση - Σπονδυλολίσθηση

Πρόκειται αρχικά περί ετεροπλεύρου ή αμφοτεροπλεύρου λύσεως του αυχένος του σπονδυλικού τόξου (σπονδυλόλυση), η οποία εξελίσσεται στη συνέχεια σε σπονδυλολίσθηση, δηλαδή σε προς τα πρόσω μετατόπιση του σώματος του σπονδύλου, ο οποίος έχει υποστεί προηγουμένως τη λύση του αυχένος. Στην μετατόπιση αυτή, την προσθιολίσθηση, συμπαρασύρεται ολόκληρη η στήλη των υπερκειμένων σπονδύλων. Το φαινόμενο της σπονδυλολύσεως και σπονδυλολισθήσεως παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στους δύο τελευταίους οσφυϊκούς σπονδύλους.

Διακρίνουμε βαθμούς προσθιολισθήσεως αναλόγως της θέσεως που έχει στην πλάγια ακτινογραφία η οπίσθια - κάτω γωνία του μετατοπισθέντος σπονδυλικού σώματος. Ετσι έχουμε αρχομένη, Α΄ βαθμού (στο πίσω τεταρτημόριο της άνω επιφανείας του υποκειμένου σπονδυλικού σώματος), Β΄ βαθμού (όταν έχει υπερβεί το πίσω τεταρτημόριο κ.λπ.).

Ενίοτε διαγιγνώσκεται εσφαλμένα ως αρχομένη σπονδυλολίσθηση η φαινομενική προς τα πρόσω μετακίνηση του οπίσθιου χείλους ενός σπονδυλικού σώματος εξαιτίας εκφυλίσεως του υποκειμένου μεσοσπονδυλίου δίσκου και δη επί υπερλορδώσεως.

Στο στάδιο της σπονδυλολύσεως η συμπτωματολογία περιορίζεται σε επίμονη χαμηλή οσφυαλγία χωρίς ριζιτικά φαινό-

μενα. Οταν έχει επέλθει σπονδυλολίσθηση είναι δυνατόν να προστεθούν και φαινόμενα από πίεση των ριζών των Ν. Νεύρων.

Η διάγνωση τίθεται από τη λοξή (3/4) ακτινογραφία. Ο βαθμός αναπηρίας εξαρτάται από το μέγεθος της ολισθήσεως, την ενδεχόμενη βλάβη των ριζών των Ν. Νεύρων, τη συχνότητα των παροξύνσεων και το επάγγελμα του ασθενούς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σπονδυλόλυση άνευ συμπτωμάτων 0%
- Σπονδυλόλυση μετά οσφυαλγίας 5-10%
- Σπονδυλολίσθηση αρχομένη μετά οσφυαλγίας 10-20%
- Σπονδυλολίσθηση Α΄ & Β΄ βαθμού άνευ πιέσεως ρίζας Ν.Ν.15-25%
- Επί πιέσεως ρίζας αναλόγως της βαρύτητας της περιπτώσεως βλ. ανωτέρω σχετικό πίνακα.

4.9.8. Κάταγμα κόκκυγος - κοκκυγοδυνία

Κάταγμα κόκκυγος

Πωρούται αφ'εαυτού ταχέως αν και συνήθως με βαθμό προσθίας γωνιώσεως. Σπανίως παραμένει ψευδάρθρωση. Δεν καταλείπει αναπηρία.

Κοκκυγοδυνία

Αλγος στην περιοχή του κόκκυγος, όταν ασκείται πίεση στην περιοχή, όπως επί καθημένου ατόμου. Οφείλεται σε ψευδάρθρωση παλαιού κατάγματος του κόκκυγος, είτε σε ανάπτυξη αλγεινού συνδρόμου επί διαστρέμματος παλαιού ή προσφάτου της ιεροκοκκυγικής. Τα συμπτώματα ενίοτε παρατείνονται εν τούτοις τελικά δεν καταλείπει αναπηρία.

4.9.9. Κύφωση, σκολίωση, κυφοσκολίωση

Κύφωση

Ποικίλα αίτια προκαλούν κυφωτική παραμόρφωση της Σ.Σ. άλλοτε με βραδεία διαδρομή, οπότε ο εμφανιζόμενος ύβος είναι συνήθως ομαλός και αμβλύς (Scheurmann, οστεοπόρωση κ.λπ.) και άλλοτε ταχέως (π.χ. κάταγμα, καθίζηση σπονδυλικού σώματος από παθολογικές αλλοιώσεις), οπότε ο ύβος είναι οξύς.

Στην πρώτη περίπτωση με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσονται αλλοιώσεις δευτερογενούς σπονδυλαρθροπάθειας, πρόσθιες συνήθως, με συμπτώματα τοπικού χαρακτήρος (πόνος, δυσκαμψία) και ενδεχομένως ζωστηροειδή άλγη εκ μεσοπλευρίου νευρίτιδας, σε βαρύτερες περιπτώσεις χρόνιο σύνδρομο αναπνευστικό περιοριστικού τύπου.

Κατά την οξεία εγκατάσταση κυφώσεως αναλόγως του μεγέθους παραμορφώσεως των σπονδυλικών σωμάτων και του ύψους αυτών δυνατή η εμφάνιση μυελικών βλαβών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ο βαθμός αναπηρίας εξαρτάται από το μέγεθος της κυφωτικής παραμορφώσεως, τη φύση του αιτίου αυτής, το επάγγελμα, την ηλικία του πάσχοντος, το βάρος του σώματος και από τα συμπαρομαρτούντα νευρολογικά (ριζιτικά ή μυελικά) και καρδιοαναπνευστικά φαινόμενα. Τέλος, συνυπολογίζονται εξ ενδεχομένης αντιρροπιστικής υπερλορδώσεως υπάρχοντα ευρήματα.

- Επί κυφώσεως εκσεσημασμένης άνευ αντικειμενικών ευρημάτων κλινικών και εφόσον η προκαλέσασα την κύφωση αιτία είναι υπό έλεγχο, η δε εργασία δεν αποτελεί συντελεστή επικινδυνότητας και ταχείας εξελίξεως της παθήσεως 0%
- Επί εκσεσημασμένης κυφώσεως μετά εκδήλου εκφυλιστικής σπονδυλαρθροπάθειας και επιμόνων τοπικών ενοχλημάτων αναλόγως του επαγγέλματος και της ηλικίας 10%-20%
- Επί συνυπάρξεως ευρημάτων νευρολογικών ή εξ άλλων συστημάτων ή επί σοβαρών εξελικτικών παθήσεων, που προκάλεσαν την κύφωση συνυπολογίζονται τα εξ αυτών ποσοστά αναπηρίας (βλ. σχετικούς πίνακες).

Σκολίωση - Κυφοσκολίωση

Πλην της ιδιοπαθούς σκολιώσεως διάφορες παθήσεις και κακώσεις της Σ.Σ. προκαλούν παραμόρφωση της Σ.Σ. σκολιωτικού τύπου διαφόρων βαθμών βαρύτητας.

Η σκολίωση πολύ συχνά - ιδίως η ιδιοπαθής - συνδυάζεται με κύφωση ως κυφοσκολίωση και τότε δυσχεραίνεται η θεραπευτική (συντηρητική ή χειρουργική) αγωγή. Πρόκειται περί παθήσεως νεανικής και συνήθως προϋπάρχουσα της ασφαλίσεως.

Η συμπτωματολογία περιέχει τοπικά αλγεινά σύνδρομα, δυσκαμψία της Σ.Σ., λειτουργική ανισοσκελία, φαινόμενα από βλάβη ριζών των Ν.Ν. αλλά και σημεία μυελικής βλάβης.

Ο ακτινογραφικός έλεγχος σε όρθια στάση του πάσχοντος είναι απαραίτητος για την εκτίμηση των παραμορφώσεων και της αναπτύξεως δευτεροπαθούς εκφυλιστικής δισκαρθροπάθειας.

Επί ιδιοπαθούς σκολιώσεως η σταθεροποίηση της παραμορφώσεως υπολογίζεται περί το 25ο έτος της ηλικίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί σκολιωτικής ή κυφοσκολιωτικής μετρίας βαρύτητας παραμορφώσεως, άνευ χειρουργικής θεραπείας, άνευ δευτεροπαθών αλλοιώσεων, ή νευρολογικών ευρημάτων μετά ηπίων ενοχλημάτων και άνευ σημαντικής (άνω των 2 εκ.) ανισοσκελίας 0-10%
- Επί σκολιωτικής ή κυφοσκολιωτικής παραμορφώσεως μετρίας βαρύτητας κατόπιν εκτεταμένης χειρουργικής θεραπείας (σπονδυλοδεσία) άνευ δευτεροπαθών αλλοιώσεων, ή νευρολογικών ευρημάτων άνευ σημαντικής ανισοσκελίας μετά δυσκαμψίας και τοπικών ενοχλημάτων αναλόγως του επαγγέλματος και ηλικίας .... 10-25%.
- Επί σκολιωτικής ή κυφοσκολιωτικής παραμορφώσεως μετά υπερμέτρων κυρτωμάτων χειρουργηθείσης ή μη μετά ελαφρών δευτεροπαθών εκφυλιστικών αλλοιώσεων, τοπικών ενοχλημάτων και ριζιτικών ηπίων επεκτάσεων 20-35%
- Επί των ανωτέρω περιπτώσεων προστιθεμένων και εντόνων και επιμόνων ενοχλημάτων, μακροχονίων ριζιτικών προσβολών, αισθητικών ή κινητικών και επί εμφανών μυελικών φαινομένων το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται εκ των επί μέρους βλαβών (βλ. σχετικά κεφάλαια).

4.9.10. Αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα

Πρώιμα (2η-3η δεκαετία της ζωής) συμπτώματα όπως άλγη ράχεως, μεσοπλεύριες νευραλγίες με αντανάκλαση στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και αρθραλγίες (π.χ. γοναλγία). Εν συνεχεία τα άλγη εντοπίζονται σην οσφυοϊερά χώρα με εντόνως θετική τη δοκιμασία διατάσεως των ιερολαγονίων.

Πρώιμο ακτινολογικό εύρημα είναι μια αμφοτερόπλευρη αλλοίωση των ιερολαγονίων, που καταλήγει σε τελική εξαφάνιση των αρθρικών σχισμών. Δεν υπάρχουν άλλα ειδικά εργαστηριακά ευρήματα για να βοηθήσουν στην πρώιμη διάγνωση. Η εξέταση ανιχνεύσεως του HLA-B27 είναι θετική σε ποσοστό 90-95% αλλά δεν καθιστά υποχρεωτική την εμφάνιση αγκυλωτικής σπονδυλαρθρίτιδας, ενώ ανευρίσκεται σε μικρότερη αναλογία και σε άλλες παθήσεις (σύνδρομο Reiter).

Με την πάροδο του χρόνου η κλινική εικόνα συμπληρώνεται με πολύ έντονο περιορισμό των κινήσεων της Σ.Σ. μέχρι καταργήσεως αυτών, ώστε να παραμένει τελικώς μικρό εύρος στροφικών κινήσεων της κεφαλής. Επίσης, επί των περισσοτέρων περιπτώσεων μειώνεται ραγδαία το αναπνευστικό εύρος λόγω καταργήσεως τελικώς των κινήσεων των σπονδυλοπλευρικών αρθρώσεων, οπότε παραμένει μόνον κοιλιακή αναπνοή με έκδηλο σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας περιοριστικού τύπου. Κύφωση ή κυφοσκολίωση, άλλοτε άλλου βαθμού, με αντιρροπιστικές υπερλορδώσεις συμπληρώνουν την κλινική εικόνα των περισσοτέρων περιπτώσεων. Επί σπανιωτέρων περιπτώσεων η πάθηση καταλαμβάνει μεγάλες αρθρώσεις (π.χ. ισχία) με εντονώτατη δυσκινησία.

Συνήθως η ακτινολογική εικόνα της ασβεστοποιήσεως των επιμήκων συνδέσμων τμηματικώς ή σχεδόν καθολικώς καθώς και άλλων συνδέσμων συνοδεύει, όχι όμως πάντοτε, την δραματική κλινική εικόνα.

Σε αρκετά νέα ηλικία, οι πάσχοντες αδυνατούν να εκτελέσουν βαρειές ή και μέσης βαρύτητας χειρωνακτικές εργασίες. Εν τούτοις, οι ελαφρές εργασίες είναι δυνατές και επιτρεπτές, ιδίως συνδυαζόμενες με φυσικοθεραπεία, οπότε απομακρύνεται ο χρόνος των επερχομένων αγκυλώσεων και αποτρέπονται σοβαρές παραμορφώσεις της ΣΣ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ο βαθμός αναπηρίας εξαρτάται από την παραμένουσα κινητικότητα της ΣΣ, το βαθμό παραμορφώσεως αυτής, τη βαρύτητα του αναπνευστικού περιοριστικού συνδρόμου, την προσβολή άλλων αρθρώσεων, το επάγγελμα, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του πάσχοντος.

- Επί περιπτώσεων με εξαφάνιση των ιερολαγονίων, αραιές γέφυρες μεταξύ των σπονδύλων, μικρό περιορισμό του αναπνευστικού εύρους, διατήρηση ικανοποιητικής κινητικότητας της ΑΜ και ΟΜ της ΣΣ και σχετικώς καλής μορφής της ΣΣ, αλλά επίμονα ενοχλήματα εκ της ΣΣ και άλλων αρθρώσεων συχνά παροξυνόμενα και αντιμετωπιζόμενα με διάφορες μορφές θεραπείας. 35-50%
- Επί περιπτώσεων όπου επιπλέον των ως άνω έχουν σχεδόν καταργηθεί οι πλάγιες και προσθιοπίσθιες κάμψεις της ΑΜ της ΣΣ και οι κινήσεις της οσφύος με διατήρηση ικανοποιητικής μορφής της ΣΣ παρά την επέκταση των ασβεστοποιήσεων των συνδέσμων 50-67%
- Επί περιπτώσεων καταργήσεως όλων των κινήσεων της ΣΣ παραμενούσης μικράς μόνον στροφικής κινήσεως της κεφαλής μετά βαρειών κυφοσκολιωτικών παραμορφώσεων και επισήμου περιοριστικού αναπνευστικού συνδρόμου 80%

- Επί περιπτώσεων συνυπάρξεως δυσκαμπτικών επωδύνων συνδρόμων εκ των μεγάλων αρθρώσεων συνυπολογίζεται το αναλογούν στη δυσκινησία αυτών ποσοστό αναπηρίας (βλ. σχετικά κεφάλαια) μετά του εκ των ανωτέρω περιπτώσεων προκύπτοντος κατά τη μέθοδο πολλαπλών βλαβών.

4.9.11. Φυματιώδης και άλλες μικροβιακές σπονδυλίτιδες

Φυματιώδης σπονδυλίτιδα

Η συνηθέστερη εντόπιση της φυματιώσεως επί του μυοσκελετικού. Πρώτη σε συχνότητα προσβολής, η θωρακική μοίρα.

Η βλάβη είναι ορατή σε πλάγιες ακτινογραφίες με εικόνα ανάλογη του τύπου εντοπίσεως του βακίλλου. Συνήθως παρατηρείται πρώιμη στένωση του μεσοσπονδυλίου διαστήματος, οστεολυτικές βλάβες στις προσκείμενες επιφάνειες δύο γειτονικών σπονδύλων, οι οποίες περιβάλλονται - όχι πάντοτε και όχι πλήρως - από λεπτή περιεστιακή σκλήρυνση. Αν η εντόπιση είναι κεντρική, στην πρώτη περίοδο υπάρχει η εστία, σε επόμενη φάση το πιθανότερο εύρημα είναι η εικόνα καθιζήσεως με σφηνοειδή παραμόρφωση του σπονδυλικού σώματος.

Οι κοινές τομογραφίες φανερώνουν σαφέστερα την οστική βλάβη, η δε αξονική τομογραφία αποκαλύπτει το ενδεχόμενο ψυχρού αποστήματος.

Συχνές είναι οι ριζιτικές βλάβες, καθώς και συμπτώματα πιέσεως του ΝΜ. Πόνος τοπικός αυτόματος ιδίως κατά τις κινήσεις, μυϊκός σπασμός και έντονη ευαισθησία στην πίεση ή πλήξη της ακανθώδους αποφύσεως του πάσχοντος σπονδύλου συμπληρώνουν την κλινική εικόνα μαζί με το ενδεχόμενο ψηλαφητού αποστήματος.

Η θεραπεία είναι συνήθως μικτή, φαρμακευτική και χειρουργική (σπονδυλοδεσία μετά ή άνευ καθαρισμού της εστίας).

Η παγίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος και επομένως η επάνοδος στην εργασία επέρχεται εντός 18-24 μηνών.

Η διαφορική διάγνωση γίνεται έναντι κατάγματος, εκφυλιστικών παθήσεων (π.χ. αγκυλωτική, Scheuermann), άλλων φλεγμονωδών ή παρασιτικών -στα αρχικά στάδια- παθήσεων, νεοπλασμάτων (ιδίως μεταστατικών), συγγενών παραμορφώσεων (ημισπόνδυλος, συσσωματώματα) και άλλων παθήσεων (π.χ. οστική νόσος του Paget, ραχίτιδα).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κατά την πρώτη περίοδο μέχρι 2 έτη 80%
- Επί ιαθείσης φυματιώδους σπονδυλίτιδας, μονοεστιακής (πλήρης ή σχεδόν πλήρης συνοστέωση των σπονδυλικών σωμάτων), χειρουργηθείσης ή μη, άνευ ουσιωδών ενοχλημάτων .... 15-25%.
- Επί μη καλώς συνοστεωθέντων σπονδυλικών σωμάτων, ή επί πολυεστιακής εντοπίσεως, χειρουργηθείσης ή μη, άνευ ουσιωδών ευρημάτων 25-35%
- Επί σημαντικής οστικής απώλειας, παραμορφώσεως της Σ.Σ. (κυφωτική, σκολιωτική) μέχρις υπεξαρθρήματος σπονδύλων μετά εκδήλων τοπικών ευρημάτων, ή και μετά ευρημάτων εκ παλαιάς ριζιτικής βλάβης, ή και μετά αβληχρών μυελικών σημείων, αναλόγως και του επαγγέλματος και του βάρους του σώματος 35%-50%
- Επί σημαντικής ως άνω παραμορφώσεως των σπονδύλων μετά σαφών ευρημάτων ενεργού ριζιτικής βλάβης, ή μετά ουσιωδών μυελικών φαινομένων, ή μετά επιπτώσεως επί της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας (βλ. σχετικούς πίνακες βλαβών).

Άλλες μικροβιακές σπονδυλίτιδες

Πλέον συνήθεις οι οφειλόμενες σε κόκκους (σταφυλόκοκκος - στρεπτόκοκκος), που προσλαμβάνουν τον τύπο της σπονδυλοδισκίτιδας με χαρακτηριστικά τη μικρή σχετικώς οστική επέκταση και την έντονη περιεστιακή σκλήρυνση.

Συχνή ακόμη σε ορισμένες περιοχές της χώρας η μελιτοκοκκική σπονδυλίτιδα με κεντρική συνήθως, αλλά και επιφυσιακή εντόπιση.

Αλλες, σπάνιες πλέον, μικροβιακές σπονδυλίτιδες, η τυφική, η γονοκοκκική και συφιλιδική.

Οι καταλειπόμενες βλάβες δεν είναι συνήθως σημαντικές και αντιστοιχούν προς εκείνες της εκφυλιστικής δισκαρθροπάθειας ή της απλής σφηνοειδούς παραμορφώσεως ως επί απλού κατάγματος σπονδυλικού σώματος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί απλής βλάβης τύπου στενώσεως μεσοσπονδυλίου διαστήματος με ασβεστοποιήσεις περιεστιακές και τοπικά ενοχλήματα 5-10%
- Επί ελαφράς σφηνοειδούς παραμορφώσεως σπονδυλικού σώματος με ενοχλήματα τοπικού χαρακτήρος 10-15%

4.9.12. Πολιομυελίτιδα (υπολείμματα)

Τα υπολείμματα πολιομυελίτιδας αφορούν στον κορμό και τα κάτω ιδίως άκρα. Πρόκειται περί μονίμων χαλαρών παραλύσεων με πλήρη κατάργηση ή μείωση της ισχύος μεμονωμένων μυών, ή ομάδων μυών.

Κατάργηση των κατά περίπτωση τενοντίων αντανακλάσεων, έκδηλες μυατροφίες, έντονες παραμορφώσεις της ΣΣ, των ισχίων, των γονάτων και ιδίως των ποδών (ραιβοποδία, βλαισοποδία, κοιλοποδία, πτώση των κεφαλών των μεταταρσίων κ.λπ.), βράχυνση σκέλους, αρθρικές δυσπλασίες είναι συχνά απαντώμενα αντικειμενικά ευρήματα.

Συνήθως οι ασθενείς έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε διορθωτικές εγχειρήσεις.

Η βάδιση σε πολλές περιπτώσεις είναι ιδιαιτέρως δυσχερής, ιδίως επί αμφοτεροπλεύρου βλάβης, όταν μάλιστα είναι προσβεβλημένος ο εκτατικός μηχανισμός του γόνατος και ο μηχανισμός βαδίσεως συντηρείται από μια εύθραυστη ισορροπία του υπάρχοντος μυϊκού δυναμικού και των αλλοιωμένων εν πολλοίς αρθρώσεων. Επομένως, ένα ατύχημα, που θα επηρεάσει έστω και ελάχιστα το μυοσκελετικό σύστημα, ένας παρατεταμένος κλινοστατισμός με εξασθένιση των μυών, ακόμη και η συνήθης με την πάροδο της ηλικίας έκπτωση της μυϊκής ισχύος είναι δυνατόν να προσβάλλουν την ασταθή μυϊκή ισορροπία με αποτέλεσμα σοβαρή επιδείνωση του μηχανισμού στηρίξεως και βαδίσεως.

Πέραν αυτών οι πάσχοντες παρουσιάζουν επιδείνωση της όλης καταστάσεώς τους είτε λόγω αναπτύξεως δευτεροπαθούς θωρακικής και οσφυϊκής δισκαρθροπάθειας, καθώς και αρθροπάθειας των αρθρώσεων των κάτω άκρων (γόνατα, ποδοκνημικές, αρθρώσεις του ποδός), είτε λόγω περαιτέρω αυξήσεως των παραμορφώσεων. Επιπλέον, τροφικές αλλοιώσεις του δέρματος των κάτω άκρων και κυκλοφορικές -φλεβικές συνήθως- διαταραχές επιδεινώνουν την αρχική κατάσταση, με την οποία πολλοί άρχισαν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας επί υπολειμμάτων πολιομυελίτιδας προκύπτει εκ του συνυπολογισμού κατά τη μέθοδο των πολλαπλών βλαβών των συγκεκριμένων αφενός παραλύσεων και αφετέρου των συνυπαρχουσών παραμορφώσεων, δυσκινησιών, αρθροπαθειών ή και άλλων δευτεροπαθών επιπτώσεων εκ της κυρίας παθήσεως (βλ. αντίστοιχα κεφάλαια).

4.9.13. Παραπληγία - τετραπληγία μετατραυματικής αιτιολογίας

Ασχέτως τραυματικού αιτίου για την εκτίμηση του ποσοστού αναπηρίας βλ. σχετικό κεφάλαιο (Κεφ. 3).

4.10. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΙΒΑΖΟΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ - ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

4.10.1. Οστεοπόρωση

Μεταβολική νόσος κατά την οποία ελαττώνεται η μάζα του οστού σε σχέση με τον όγκο του (οστικές δοκίδες φυσιολογικής συστάσεως αλλά αραιότερες) με αποτέλεσμα την εύκολη δημιουργία παθολογικών καταγμάτων.

Τα αίτια της οστεοπορώσεως είναι πολλαπλά. Εκτός των ορμονολογικών παραγόντων και της φυσιολογικής γηράνσεως των οστών, φαρμακευτικοί παράγοντες όπως μακροχρόνια χρήση κορτιζόνης, παθήσεις νεφρών και ήπατος ως και η ακτινοβολία δυνατόν να έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία της. Συνηθέστερα συναντώνται οι δύο παρακάτω τύποι:

1) Τύπος 1, ή μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση σε άτομα ηλικίας 50 έως 60 ετών.
2) Τύπος 2, γεροντική οστεοπόρωση σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση άνευ παθολογικών καταγμάτων αναλόγως των αλγεινών ενοχλημάτων 0-5%
- Μετά παθολογικών καταγμάτων σπονδυλικών σωμάτων άνευ νευρολογικών διαταραχών (οσφυαλγία-ισχιαλγία) 10-15%
- Μετά παθολογικών καταγμάτων σπονδυλικών σωμάτων και νευρολογικών διαταραχών (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο)
- Μετά παθολογικών καταγμάτων αυχένος μηριαίου ή άλλων οστών σπανιότερα (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο)
- Γεροντική οστεοπόρωση 5-10%

4.10.2. Οστεομαλάκυνση-Ραχίτιδα

Μεταβολικά νοσήματα τα οποία έχουν σχέση με την πρόσληψη και το μεταβολισμό της βιταμίνης D.

Η οστεομαλάκυνση αφορά ενηλίκους, ενώ η ραχίτιδα παιδιά.

Αίτια της νόσου η παραγωγή οστεοειδούς αντί κανονικού οστού και η ανεπαρκής αποτιτάνωσή του. Στα παιδιά με ραχίτιδα οι κλινικές εκδηλώσεις από τον σκελετό είναι: Μεγάλο κρανίο, διόγκωση των πλευροχονδρικών συνδέσεων (ραχιτικό κομβολόγιο), διόγκωση των επιφύσεων μετά παραμορφώσεως των οστών (ραιβά ισχία-βλαισά γόνατα κ.λπ.) και καθυστερημένη σκελετική ανάπτυξη μετά μυικής αδυναμίας.

Το ποσοστό αναπηρίας υπολογίζεται αναλόγως των λειτουργικών μυικών και σκελετικών διαταραχών (βλ. αντίστοιχα κεφάλαια). Στους ενηλίκους με οστεομαλάκυνση, παθογνωμονικό στοιχείο είναι οι επί των ακτινογραφιών απεικονιζόμενες ζώνες του Looser, οι οποίες δίνουν την εντύπωση κατάγματος. Υποκειμενικώς ο ασθενής αναφέρει έντονα άλγη, εργαστηριακώς δε ανευρίσκεται υποφωσφαταιμία και αυξημένη αλκαλική φωσφατάση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί διαγνωσμένης οστεομαλακύνσεως μετά εντόνων κλινικών συμπτωμάτων 30-40%

4.10.3. Οστική νόσος του Paget (παραμορφωτική οστεΐτιδα)

Αφορά άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών. Οστικές παραμορφώσεις στη γενικευμένη μορφή ενώ μονοοστική εντόπιση ανακαλύπτεται τυχαίως. Το άλγος, εφόσον υπάρχει, είναι ήπιο. Συχνότερα προσβάλλονται τα οστά της λεκάνης, της σπονδυλικής στήλης, το μηριαίο, η κνήμη και το κρανίο. Δυνατόν να συνυπάρχουν επιπλοκές από το καρδιαγγειακό ή και ωτοσκλήρυνση.

Η συχνότερη κατάληξη της νόσου είναι τα παθολογικά κατάγματα, η δε σοβαρότερη η κακοήθης εξαλλαγή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ασυμπτωματικής οστικής νόσου Paget 0%
- Μετά αβληχρών συμπτωμάτων άλγους, ηπίων οστικών δυσμορφιών ΣΣ (συνήθως κύφωση) ή κυρτώσεως των κάτω άκρων 10-20%
- Επί παθολογικών καταγμάτων επί της εναπομένουσας αναπηρίας μετά την αποκατάσταση του κατάγματος επιπροστίθεται 10%

4.10.4. Οστεοπέτρωση

Σπάνια κληρονομική νόσος της οποίας διακρίνουμε δύο τύπους:
- Τύπος "Α" εφηβικός ή "κακοήθης"
- Τύπος "Β" των ενηλίκων ή "καλοήθης"
- Τελευταίως περιγράφεται και τρίτος τύπος μεταξύ των δύο προαναφερθεισών από άποψη βαρύτητας.

1) Τύπος "Α". Πρόωρη ή συγγενής οστεοπέτρωση χαρακτηριζόμενη από αναιμία, ηπατοσπληνομεγαλία, θρομβοκυτοπενία και πάρεση εγκεφαλικών νεύρων. Θάνατος σε νεαρά ηλικία συνήθως.

Προσωρινή θεραπευτική αγωγή με μεταμόσχευση μυελού των οστών. Πρόκειται περί προϋπάρχουσας νόσου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80-100%

2) Τύπος "Β". Δεν επιφέρει θάνατον. Ακτινολογικώς αυξημένη οστική πυκνότητα μετά ελάχιστης ικανότητας των οστών για ανακατασκευή (remodeling).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Επί ασυμπτωματικής νόσου 0%
Επί ελαφρού οστικού άλγους άνευ καταγμάτων 5-10%
- Επί καταγμάτων μετά υπολειμματικών καταστάσεων αναλόγως της εντοπίσεως, (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο) επιπροστίθεται 10%
- Επί συνυπάρξεως παρέσεως κρανιακών νεύρων επιπροστίθεται το εκ της παραλύσεως αναλογούν ποσοστό στο ως άνω 10%

4.10.5. Νευροϊνωμάτωση

Από ορθοπεδικής πλευράς οι επιπτώσεις της νόσου εντοπίζονται κυρίως στην ΣΣ όπου προκαλεί σκολίωση, κύφωση ή κυφοσκολίωση. Διακρίνουμε δύο τύπους σπονδυλικής παραμορφώσεως συνεπεία νευροϊνωματώσεως:
- Τύπος "Α": Δυστροφικός
- Τύπος "Β": Μη δυστροφικός

Τα δυστροφικά κυρτώματα δεν ελέγχονται με κανενός είδους κηδεμόνα και απαιτούν χειρουργική σταθεροποίηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί νευροϊνωματώσεως άνευ παραμορφώσεων και άνευ επηρεασμού της κινητικότητος του ασθενούς 5-10%
- Επί εκσεσημασμένης κυφοσκολιώσεως άνευ νευρολογικών διαταραχών 20-30%
- Επί χειρουργηθείσης κυφοσκολιώσεως άνευ νευρολογικών διαταραχών 15-20%
- Επί υπάρξεως νευρολογικών διατάραχών αναλόγως βαρύτητας αυτών βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.

4.10.6. Σύνδρομο Marfan - Αραχνοδακτυλία

Η νόσος προσβάλλει τον σκελετό, τους φακούς των οφθαλμών και την καρδιά. Μεταβιβάζεται με τον επικρατούντα χαρακτήρα και μετά την εκδήλωσή της βραχύνεται η επιβίωση και αυξάνεται η νοσηρότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί αραχνοδακτυλίας άνευ λειτουργικών διαταραχών (αβληχρές παραμορφώσεις) και άνευ προσβολής οφθαλμών και καρδιάς 10-20%
- Επί εμφανίσεως συγγενούς αραχνοδακτυλίας μετά περιφερικών δυσμορφιών όπως ισχνά και αδύναμα άκρα μετά παραμορφώσεων αυτών σε άτομα φυσιολογικού αναστήματος αναλόγως της βαρύτητας των συμπτωμάτων 35-80%
- Επί πλήρους εκδηλώσεως του συνδρόμου 80-100%

4.10.7. Ουρική αρθρίτιδα (βλ. και 1.1.10)

1. Επί οξείας κρίσεως ουρικής αρθρίτιδας λόγω βραχυχρονίου διαρκείας αυτής δεν επέρχεται μόνιμη αλλά μόνο πρόσκαιρη αναπηρία.
2. Επί αλλεπαλλήλων κρίσεων μακράς διαρκείας μετά δυσκινησίας ή αγκυλώσεως αριθμού τινός αρθρώσεων και μυικής ατροφίας ο βαθμός της ανικανότητας καθορίζεται όπως στα κεφάλαια περί δυσκινησίας ή αγκυλώσεως άνω ή κάτω άκρων αντιστοίχως (4.3.10, 4.3.11, 4.7.10).

4.10.8. Ρευματοειδής αρθρίτιδα (βλ. και 1.1.11)

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι χρονία φλεγμονώδης, μη μικροβιακή, συστηματική πάθηση του κολλαγόνου η οποία συνήθως προσβάλλει πολλές αρθρώσεις ταυτόχρονα και μερικές

φορές ορισμένα σπλάγχνα. Επί σειρά ετών θεωρείτο αγνώστου αιτιολογίας βλαστική υμενίτιδα με χαρακτηριστικό τον σχηματισμό πάννου και την καταστροφή της αρθρώσεως. Σήμερα η πάθηση θεωρείται αυτοάνοσος χωρίς να έχει πλήρως ξεκαθαρισθεί η αιτία της. Η άποψη αυτή έχει στηριχθεί στο γεγονός ότι ο ρευματοειδής παράγων, ο οποίος είναι αυτοαντίσωμα της ανοσοσφαιρίνης G, ανευρίσκεται στο αίμα του 70-90% των πασχόντων από ΡΑ.

Η ΡΑ προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 25-50 ετών και συχνότερα γυναίκες (3:1).

Αρχίζει σχεδόν πάντα συμμετρικά από τις περιφερικές αρθρώσεις (άκρων χειρών, ποδών και γονάτων) ενώ σπανιότερα προσβάλλει τα ισχία, τους ώμους και τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Στα χέρια προσβάλλονται οι μετακαρπιοφαλαγγικές και οι πρώτες φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις και στη ΣΣ η ατλαντοαξονική άρθρωση.

Συμπτώματα: Αλγος, δυσκαμψία, διόγκωση μιας αρθρώσεως συμμετρικώς με συχνή την εμφάνιση γενικών συμπτωμάτων ως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία κ.λπ. Αργότερα στιλπνότητα του δέρματος, εμφάνιση υποδορίων όζων, ατροφία μυών και παραμορφώσεις αναλόγως της πάσχουσας αρθρώσεως (ωλένιος απόκλιση στις μετακαρπιοφαλαγγικές και μόνιμες συγκάμψεις στα γόνατα και τα ισχία).

Η εξέλιξη της νόσου είναι μακροχρόνιος κατά την οποία υπάρχουν εξάρσεις και υφέσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί διεγνωσμένης ρευματοειδούς αρθρίτιδας ανεξαρτήτως εάν υπάρχουν παραμορφώσεις αρθρώσεων αναλόγως του αριθμού και της συχνότητας των προσβολών 20-30%
- Επί αρθρικών παραμορφώσεων και δυσλειτουργιών βλ. αντίστοιχα κεφάλαια περί κινητικότητας.

4.10.9. Νόσος των πολλαπλών εξοστώσεων

Σπάνια κληρονομική νόσος αγνώστου αιτιολογίας. Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλών εξοστώσεων στις μεταφύσεις των μακρών οστών.

Χειρουργική αφαίρεση αυτών μόνον όταν προκαλούν συμπτώματα από πίεση αγγείων και νεύρων ή παρεμποδίζουν την κινητικότητα της παρακείμενης αρθρώσεως. Ποσοστό κακοήθους εξαλλαγής 10-20%

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ασυμπτωματικών πολλαπλών εξοστώσεων 0%
- Επί αγγειολογικών και νευρολογικών διαταραχών αναλόγως της βαρύτητάς τους βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.
- Επί δυσκινησίας αρθρώσεων τινών τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται όπως στα οικεία κεφάλαια, εάν δε συνυπάρχουν αγγειολογικές ή και νευρολογικές διαταραχές συνυπολογίζονται και αυτές.

4.10.10. Αρθρίτιδες οφειλόμενες σε αιματολογικές διαταραχές (αιμορροφιλία, δρεπανοκυτταρική, μεσογειακή αναιμία κ.λπ.)

Υπάγονται στις μη τραυματικές ή φλεγμονώδεις αρθρίτιδες.

Οφείλονται στην καταστροφή του αρθρικού χόνδρου και των περιαρθρικών ιστών λόγω:

1. Αδυναμίας θρέψεως του αρθρικού χόνδρου όπως στην αιμορροφιλία όπου δημιουργούνται αίμαρθρα και αλλοιώνεται η σύσταση του αρθρικού υγρού.
2. Καταστροφής του υποκειμένου οστού εξαιτίας κακής αιματώσεώς του (μικροέμβολα αποφράσσουν τα τροφοφόρα αγγεία ως επί μικροδρεπανοκυτταρικής αναιμίας).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται ως επί οστεοαρθρίτιδας και έχουν σχέση με την κινητικότητα της αρθρώσεως και το άλγος.

4.11. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι παραμορφώσεις του ερειστικού συστήματος είναι πολλές και ποικίλες, συνήθως μονήρεις, οφείλονται δε σε διάφορες αιτίες. Μπορεί να είναι συγγενείς, οι οποίες ποικίλουν πολύ σε έκταση και βαθμό από την απλή συνδακτυλία έως την πλημμελή και ανώμαλη ανάπτυξη του σκελετού ή ακόμη και την πλήρη έλλειψη ενός μέλους. Μπορεί επίσης να είναι το αποτέλεσμα μιας κακώσεως κατά την παιδική ηλικία πλημμελώς αντιμετωπισθείσης, η οποία με την πάροδο του χρόνου δυνατόν να προκαλέσει αναστολή της αναπτύξεως ενός οστού ή την παραμόρφωσή του.

Αλλες φορές μια δυσμορφία μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία ή σπαστικότητα μιας ομάδας μυών με αποτέλεσμα οι υπόλοιποι μύες να έλκουν την άρθρωση ή το οστούν προς την αντίθετη κατεύθυνση και να προκαλούν την παραμόρφωση. Υπάρχουν, τέλος, και παραμορφώσεις που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια αναπτύξεως του σκελετού χωρίς εμφανή αιτία και είτε παρέρχονται αφ' εαυτών, είτε καταλείπουν σοβαρές παραμορφώσεις.

4.11.1. Ραιβόκρανο

Ραιβόκρανο καλείται η παραμόρφωση του αυχένα κατά την οποία προκαλείται μόνιμη απόκλιση της κεφαλής προς τη μία πλευρά και συγχρόνως ελαφρά στροφή της προς την άλλη. Διακρίνεται σε συγγενές και επίκτητο.

1) Το συγγενές ραιβόκρανο οφείλεται είτε σε ανωμαλίες της αυχενικής μοίρας της ΣΣ είτε κυρίως σε βράχυνση του ενός στερνοκλειδομαστοειδούς. Η παραμόρφωση αντιμετωπίζεται χειρουργικά στην ενήλικο ζωή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........20%

Αφορά κατάσταση προϋπάρχουσα της εντάξεως στην ασφάλιση.

2) Το επίκτητο ραιβόκρανο οφείλεται σε διάφορες αιτίες: ψύξη της περιοχής, κάκωση της αυχενικής μοίρας με αποτέλεσμα σπαστικότητα του στερνοκλειδομαστοειδούς, φλεγμονή της περιοχής, νευρολογικές καταστάσεις ή και ψυχογενείς, παραμελημένοι στραβισμοί.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση του επίκτητου ραιβόκρανου είναι καλή. Η παραμόρφωση αποκαθίσταται με τη θεραπεία της υποκειμένης παθήσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........20%

4.11.2. Σύνδρομο Klippel-Feil

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται σε συγγενή συνοστέωση ή πλημμελή ανάπτυξη πολλών αυχενικών σπονδύλων.

Κλινική εικόνα - Εργαστηριακά ευρήματα

Ο λαιμός είναι βραχύς και η κεφαλή εμφανίζεται "κολλημένη" στον κορμό. Διαπιστώνεται περιορισμός της κινητικότητας του αυχένα άλλοτε άλλου βαθμού.

Α/φία: συνοστέωση αυχενικών σπονδύλων ή παραμορφώσεις αυτών. Διαταραχή της φυσιολογικής λορδώσεως του αυχένα.

Επειδή το σύνδρομο προκαλεί διάφορες παραμορφώσεις με αποτέλεσμα διαφορετική κινητικότητα κάθε φορά η αναπηρία θα πρέπει να εκτιμάται αναλόγως του περιορισμού της κινητικότητας της ΑΜΣΣ σύμφωνα με το αντίστοιχο κεφάλαιο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το αντιστοιχούν ποσοστό αναπηρίας αφορά κατάσταση προϋπάρχουσα της εντάξεως στην ασφάλιση.

4.11.3. Βλαισός-Ραιβός αγκώνας

Φυσιολογικά ο αγκώνας σε πλήρη έκταση εμφανίζει μικρού βαθμού γωνίωση προς τα έξω. Αύξηση αυτής της γωνιώσεως προκαλεί τον βλαισό αγκώνα, ενώ το αντίθετο το ραιβό αγκώνα.

Η παραμόρφωση αυτή οφείλεται είτε σε κάταγμα του κάτω τριτημορίου του βραχιονίου που πωρώθηκε σε πλημμελή θέση είτε σε διαταραχή της αυξήσεως του περιφερικού αυξητικού χόνδρου ή της κάτω επιφύσεως του βραχιονίου συνεπεία κακώσεως ή φλεγμονής κατά την παιδική ηλικία.

Εκτός από την εμφανή παραμόρφωση, η λειτουργικότητα του αγκώνος δεν μειώνεται. Ενδεχομένως όμως με την πάροδο του χρόνου να εμφανισθεί δευτεροπαθής εκφυλιστική αρθρίτιδα του αγκώνος ή νευρίτιδα του ωλενίου νεύρου (επί βλαισού αγκώνος) λόγω διατάσεως του νεύρου. Η τελευταία κατάσταση αντιμετωπίζεται χειρουργικώς.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί βλαισού - ραιβού αγκώνος 0%
- Επί αναπτύξεως εκφυλιστικής αρθρίτιδας ή εμφανίσεως ωλενίου νευρίτιδας το Π.Α. θα εκτιμηθεί αναλόγως (ως περιγράφεται στα αντίστοιχα κεφάλαια).

4.11.4. Συγγενές εξάρθρημα του ισχίου

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συγγενής πάθηση με ετερο- ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Διακρίνεται σε πλήρες, υψηλό εξάρθρημα ή υπεξάρθρημα. Λόγω της ανωμάλου φορτίσεως της αρθρώσεως η μακροχρόνιος επίπτωση της παθήσεως επί του ισχίου είναι η αρθρίτιδα.

Ως προκύπτει εκ της ονομασίας, η πάθηση προϋπάρχει της εντάξεως του ατόμου στην ασφάλιση, η δε πιθανή επιδείνωση θα οφείλεται στην ενδεχόμενη ανάπτυξη αρθρίτιδας.

Κλινική εικόνα - Εργαστηριακά ευρήματα

Χωλότητα κατά τη βάδιση, βράχυνση του σκέλους, νήσσειο βάδισμα επί αμφοτεροπλεύρου εξαρθρήματος.

Ακτινογραφική εικόνα: η κεφαλή του μηριαίου βρίσκεται σε εξάρθρωση ή υπεξάρθρωση και είναι υποπλαστική, η κοτύλη αβαθής. Επί υψηλού εξαρθρήματος η κεφαλή βρίσκεται πολύ υψηλότερα του φυσιολογικού, έξω και κάτω του ανωνύμου και είναι άκρως υποπλαστική. Ενδεχομένως να υπάρχει σχηματισμός νεοκοτύλης.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Βαρέα επαγγέλματα ή επαγγέλματα απαιτούντα συνεχή ορθία στάση επιταχύνουν την ανάπτυξη της οστεοαρθρίτιδας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ετερόπλευρο 10-15%
- Σε αμφοτερόπλευρο 15-25%

Επί αναπτύξεως οστεοαρθρίτιδας τόσο για την εκτίμηση αυτής όσο και για την εκτίμηση του βαθμού αναπηρίας βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο.

4.11.5. Ραιβογονία-Βλαισογονία-Ανάκυρτο γόνυ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Καταστάσεις που αφορούν διαταραχές του άξονα, κνήμης - μηρού με αποτέλεσμα γωνίωση του σκέλους στην άρθρωση του γόνατος. Ιδιοπαθούς αιτιολογίας ως επί το πλείστον, εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, πολλές φορές αυτοϊάται, ενίοτε χρήζει χειρουργικής αντιμετωπίσεως.

Αλλες αιτίες είναι οι κακώσεις του συζευκτικού χόνδρου, τα κατάγματα, οι φλεγμονές αλλά και γενικές παθήσεις του σκελετού όπως ο ραχιτισμός, η οστεομαλάκυνση, η νόσος του Paget των οστών. Λόγω της ανωμάλου φορτίσεως του γόνατος καταλήγει σε ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδα του γόνατος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινική εικόνα - Εργαστηριακά ευρήματα

Εφόσον δεν έχει αναπτυχθεί οστεοαρθρίτιδα οι κλινικές αιτιάσεις απουσιάζουν. Δυνατόν να διαπιστωθεί χάλαση των πλαγίων συνδέσμων.

Ακτινογραφικώς: διακρίνεται η διαταραχή του άξονα μηρού - κνήμης.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επί εκσεσημασμένων περιπτώσεων σκόπιμο είναι να ληφθεί υπόψη το επάγγελμα - τα βαρέα επαγγέλματα λόγω της αυξημένης φορτίσεως που επιφέρουν στην άρθρωση του γόνατος καθιστούν πλέον πιθανή την ανάπτυξη της οστεοαρθρίτιδας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-15%

2ο Επίπεδο

Επί αναπτύξεως οστεοαρθρίτιδας του γόνατος, η κλινική εικόνα, η ιατροκοινωνική άποψη και τα ποσοστά αναγράφονται στο αντίστοιχο κεφάλαιο. Η λειτουργική έκπτωση του σκέλους

οφείλεται πλέον στην οστεοαρθρίτιδα και βάσει αυτής θα πρέπει να εκτιμηθεί.

4.11.6. Πλατυποδία-Βλαισοπλατυποδία

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η παραμόρφωση γίνεται αντιληπτή κατά την παιδική ηλικία εκτός και αν είναι μετατραυματικής αιτιολογίας. Διορθώνεται με τη χρησιμοποίηση καταλλήλων υποδημάτων ή την προσαρμογή υποστηριγμάτων στο εσωτερικό του υποδήματος. Σε βαρειές περιπτώσεις η θεραπεία είναι χειρουργική.

Κλινική εικόνα - Εργαστηριακά ευρήματα

Κλινικώς διαπιστώνεται η εξάλειψη της ποδικής καμάρας και απόκλιση του ποδιού προς τα έξω. Συνήθως δεν υπάρχουν αιτιάσεις ενίοτε προβάλλεται πόνος στο έσω χείλος του ποδιού ή τη γαστροκνημία μετά από πολύωρη βάδιση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ενίοτε με την πάροδο των ετών αναπτύσσεται οστεοαρθρίτιδα του ταρσού, οπότε επαγγέλματα που απαιτούν πολύωρη βάδιση πρέπει να αποφεύγονται. Η πάθηση θεωρείται προϋπάρχουσα της εντάξεως στην ασφάλιση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-15%

4.11.7. Κοιλοποδία

Παραμόρφωση που καθίσταται αντιληπτή κατά την παιδική ηλικία. Συνήθως είναι ιδιοπαθής, ενίοτε όμως εντάσσεται στα πλαίσια νευρολογικών παθήσεων (νόσος των Charcot - Marie - Touth).

Κλινική εικόνα

Η ποδική καμάρα είναι πολύ υψηλή, ενίοτε η πτέρνα παρουσιάζει κλίση προς τα έσω. Κατά την ορθοστασία και τη βάδιση οι κεφαλές των μεταταρσίων, ιδίως του 1ου μεταταρσίου, πιέζονται λόγω της πελματιαίας προβολής τους με αποτέλεσμα σχηματισμό τύλων στο υποκείμενο δέρμα όπως και στο δέρμα της ραχιαίας επιφάνειας των φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων των δακτύλων, οι οποίες ευρίσκονται σε σύγκαμψη και συμπιέζονται από τα υποδήματα. Οι αιτιάσεις αφορούν μεταταρσαλγία και ενοχλήματα εκ των τύλων. Η κατάσταση αντιμετωπίζεται με ειδικά πέλματα ή υποδήματα. Σε βαρειές περιπτώσεις ή στα πλαίσια νευρολογικών παθήσεων δυνατόν να απαιτηθεί χειρουργική θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-15%

(το μεγαλύτερο Π.Α. αφορά αμφοτερόπλευρη εντόπιση)
Αφορά κατάσταση προϋπάρχουσα της εντάξεως στην ασφάλιση.
Στις περιπτώσεις που η κοιλοποδία οφείλεται σε νευρολογική πάθηση το Π.Α. θα εκτιμηθεί στα πλαίσια της συγκεκριμένης παθήσεως και σε σχέση με τη λειτουργικότητα του ή των άκρων (κινητικότητα, πιθανά στοιχεία οστεοαρθρίτιδας).

4.11.8. Σφυροδακτυλία

Παραμόρφωση που αφορά ένα ή περισσότερους δακτύλους. Κατ' αυτή η μεταταρσιοφαλαγγική άρθρωση ευρίσκεται σε υπερέκταση και η 1η φαλαγγοφαλαγγική σε σύγκαμψη. Στο δέρμα της ραχιαίας επιφάνειας της 1ης φαλαγγοφαλαγγικής αρθρώσεως ενίοτε σχηματίζονται επώδυνοι τύλοι. Δυνατόν να παρουσιασθεί μεταταρσαλγία λόγω προβολής της κεφαλής των μεταταρσίων προς τα κάτω.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0-5%

(το μεγαλύτερο Π.Α. αφορά όλους τους δακτύλους).

4.11.9. Ακάνθα πτέρνης

Κατάσταση προκαλούσα αλγεινά ενοχλήματα στην πελματιαία επιφάνεια της πτέρνης. Κλινικώς διαπιστώνεται τοπική ευαισθησία και ακτινολογικώς διακρίνεται οστική προεξοχή από την πελματιαία επιφάνεια της πτέρνας (α/φία profil). Επιδέχεται συντηρητική αγωγή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-10%

4.11.10. Μεταταρσαλγία

Σύμπτωμα πολλών παθήσεων. Δυνατό να οφείλεται σε:

1) Οποιαδήποτε συγγενή ανωμαλία ή παραμόρφωση του άκρου ποδός, που επιφέρει διαταραχή της βιομηχανικής αυτού.

2) Στη νόσο του Freiberg (οστεοχονδρίτιδα της κεφαλής του 2ου μεταταρσίου) - κατάσταση που επιδέχεται χειρουργική αντιμετώπιση.
3) Σε κατάγματα εκ κοπώσεως που συνήθως αφορούν το 2ο και 3ο μετατάρσιο.
4) Σε νευρίνωμα Moxton (επώδυνο νευρίνωμα σε κάποιο δακτυλικό νεύρο στο ύψος των αυχένων του 3ου και 4ου μεταταρσίου) - αντιμετωπίζεται εύκολα συντηρητικά ή χειρουργικά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Θα εξαρτηθεί από την αιτία της μεταταρσαλγίας.

4.11.11. Βλαισός-Ραιβός μέγας δάκτυλος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παραμόρφωση κατά την οποία ο μεγάλος δάκτυλος του ποδιού αποκλίνει προς τα έξω ή προς τα έσω. Συνηθέστερος είναι ο βλαισός μέγας δάκτυλος, όπου εμφανίζεται βλαισότητα κατά τη μεταταρσιοφαλαγγική άρθρωσή του. Λόγω της ανωμάλου δράσεως των τενόντων του δακτύλου η όλη παραμόρφωση επιτείνεται με την πάροδο του χρόνου. Επιδέχεται συντηρητική αγωγή και χειρουργική αποκατάσταση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινική εικόνα - Εργαστηριακά ευρήματα

Σ' αυτό το στάδιο, οι παραμορφώσεις αφορούν μόνο τη βλαισότητα του δακτύλου και υπερτροφία της κεφαλής του 1ου μεταταρσίου. Ενδεχομένως να υπάρχουν αιτιάσεις όπως άλγος κατά την Μ.Τ.Φ. άρθρωση επί πολυώρου ορθοστασίας ή βαδίσεως ή επί στενών ή με υψηλό τακούνι υποδημάτων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση δύναται να αντιμετωπισθεί συντηρητικώς (άνετα υποδήματα, εφαρμογή διαφόρων προθέσεων).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5%

2ο Επίπεδο

Με την πάροδο του χρόνου η εξόστωση της κεφαλής του 1ου μεταταρσίου μεγαλώνει και αναπτύσσεται επ' αυτής ορογόνος θύλακος. Ο βλαισός μέγας δάκτυλος παρεκτοπίζεται περισσότερο προς τα έξω και δυνατόν να εφιππεύεται από τον παρακείμενο δάκτυλο. Επ' αυτού αναπτύσσονται επώδυνοι τύλοι λόγω της συγκάμψεως που εμφανίζει. Οι κεφαλές των μεταταρσίων προβάλλουν προς το πέλμα προκαλώντας μεταταρσαλγία και ενδεχομένως τύλους.
Η κατάσταση μόνο χειρουργικώς δύναται να αντιμετωπισθεί, ανεξαρτήτως ηλικίας ή επαγγέλματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................5-15%

4.11.12. Συγγενής ραιβοϊπποποδία

Η παραμόρφωση καθίσταται αντιληπτή αμέσως μετά τη γέννηση και είναι δυνατόν να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Συνίσταται σε ραιβότητα του άκρου ποδός, συνδυαζόμενη με πελματιαία κάμψη (ιπποποδία). Δυνατόν να συνυπάρχει και προσαγωγή.

Ακτινολογικώς διακρίνεται: α) μετατόπιση του αστραγάλου προς τα έσω και κάτω, β) μετατόπιση της πτέρνης σε θέση ραιβότητας και πελματιαίας κάμψης και γ) διαταραχή των σχέσεων αστραγάλου-πτέρνης (κατάργηση της φυσιολογικής γωνίας που σχηματίζουν οι επιμήκεις άξονες των δύο οστών). Η θεραπεία είναι χειρουργική.

Η νόσος προϋπάρχει της εντάξεως στην ασφάλιση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................35%

4.11.13. Φωκομελίες

Κατάσταση που οφείλεται σε λήψη φαρμακευτικών ουσιών κατά την κύηση ή σε έκθεση σε εξωτερικούς παράγοντες (ακτινοβολία, ραδιενεργές ουσίες).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το Π.Α. θα εκτιμηθεί αναλόγως της ελλείψεως των μελών και δυνατόν να φθάσει και το 100%.

4.11.14. Συνδακτυλίες

Συγγενείς καταστάσεις που αποκτούν περισσότερη σημασία όταν αφορούν τα άνω άκρα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Δείκτης-μέσος δάκτυλος 5%
- Δείκτης-μέσος-παράμεσος 8%
- Δείκτης-μέσος-παράμεσος-μικρός 10%

Κάτω άκρα: Η λειτουργική έκπτωση που επιφέρει μια συνδακτυλία του άκρου ποδός δεν είναι άξια λόγου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το Π.Α. δυνατόν να φθάσει μέχρι 5% ανεξαρτήτως δακτύλων.

4.12. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Τα νεοπλάσματα των οστών αποτελούν αξιόλογη ομάδα οστικών παθήσεων, η διάγνωση των οποίων παρουσιάζει συχνά σημαντικές δυσχέρειες λόγω της ευκόλου συγχύσεως αυτών προς ποικίλες μη νεοπλασματικές αλλοιώσεις του σκελετού.

Η διάκριση μεταξύ καλοήθους και κακοήθους νεοπλάσματος δεν είναι πάντοτε εύκολη, ούτε η διαπίστωση της πρωτοπαθούς ή μεταστατικής φύσεως των κακοήθων νεοπλασμάτων ευχερής.

Για τον λόγο αυτό, προς διάγνωση των νεοπλασμάτων των οστών καταφεύγουμε, κατά κανόνα, σε πολύπλευρη έρευνα της παθήσεως, κλινική, εργαστηριακή, ακτινολογική και ιστολογική, από το συνδυασμό δε των επί μέρους συμπερασμάτων τεκμηριώνεται η ασφαλής διάγνωσις στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων.

Είναι χρήσιμο να τονισθεί εδώ ότι, οι Υγειονομικές Επιτροπές προκειμένου να κρίνουν για την κακοήθεια ή μη ενός χειρουργηθέντος νεοπλασματικού οστικού όγκου δεν θα πρέπει να βασίζονται μόνο στα Πιστοποιητικά Νοσηλείας των Κλινικών, αλλά να ζητούν απαραιτήτως να προσκομισθεί επίσημο αντίγραφο της ιστολογικής εξετάσεως του Παθολογοανατομικού εργαστηρίου, το οποίο διενήργησε την εξέταση.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Α. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1. Οστέωμα
2. Οστεοειδές οστέωμα
3. Καλόηθες οστεοβλάστωμα
4. Χόνδρωμα
5. Οστεοχόνδρωμα ή χονδρώδης εξόστωση
6. Καλόηθες χονδροβλάστωμα
7. Ινομυξοχόνδρωμα
8. Μη οστεοπλαστικό ίνωμα και ινώδες έλλειμμα των μεταφύσεων
9. Γιγαντοκυτταρικός όγκος
10. Αιμαγγείωμα
11. Αιμαγγειοπερικύτωμα και γλομαγγείωμα
12. Λεμφαγγείωμα

13. Νευρίνωμα
14. Λίπωμα
15. Μύξωμα
16. Αδαμαντίνωμα
17. Οστεΐνωμα
18. Οδόντωμα
19. Περιοδοντικές κύστεις
20. Οδοντοθυλακικές κύστεις
21. Μονήρης κύστη των οστών
22. Ανευρυσματική κύστη των οστών

Β. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1. Οστεογενές σάρκωμα
2. Χονδροσάρκωμα
3. Ινοσάρκωμα
4. Κακοήθης γιγαντοκυτταρικός όγκος
5. Σάρκωμα του Ewing
6. Πρωτοπαθές δικτυοσάρκωμα των Parker και Jackson
7. Μυέλωμα
8. Αιμαγγειοσάρκωμα ή αιμαγγειοενδοθηλίωμα
9. Λεμφαγγειοσάρκωμα ή λεμφαγγειοενδοθηλίωμα
10. Νευρογενές σάρκωμα ή κακόηθες σβάννωμα ή κακόηθες νευρίνωμα
11. Λιποσάρκωμα
12. Μυξοσάρκωμα
13. Χόνδρωμα
14. Αδαμαντίνωμα των επιμήκων οστών

Γ. ΟΣΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΕΠΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1. Οξείες λευχαιμίες
2. Χλώρωμα
3. Χρόνιες λευχαιμίες
4. Νόσος του Hodgkin
5. Λεμφοσάρκωμα
6. Δικτυοενδοθηλιακό σάρκωμα
7. Μεγαλολεμφοζιδιακό λέμφωμα

Δ. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΤΑΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑ ΤΑ ΟΣΤΑ ΜΕ ΑΜΕΣΗ ΕΠΕΚΤΑΣΗ

1. Καρκινώματα
2. Αιμαγγείωμα των μαλακών μορίων
3. Γλομαγγείωμα (glomus tumour)
4. Ινοσάρκωμα των μαλακών μορίων
5. Λίπωμα των μαλακών μορίων
6. Λιποσάρκωμα των μαλακών μορίων
7. Λειομυοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα
8. Οστεοπλαστικό σάρκωμα των μαλακών μορίων
9. Οστέωμα των μαλακών μορίων
10. Νευρίνωμα του ακουστικού νεύρου
11. Νευροϊνωμάτωση του Recklinghausen
12. Μηνιγγίωμα
13. Νεοπλάσματα της υποφύσεως και της περιοχής της
14. Νεοπλάσματα του νωτιαίου σωλήνα

Ε. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

1. Γιγαντοκυτταρικός όγκος των αρθρώσεων ή καλόηθες ορογονίωμα
2. Αιμαγγείωμα των αρθρώσεων
3. Ινωμα των αρθρώσεων
4. Λίπωμα των αρθρώσεων
5. Χόνδρωμα των αρθρώσεων
6. Οστέωμα των αρθρώσεων
7. Αρθρική οστεοχονδρωμάτωση
8. Σάρκωμα του αρθρικού υμένος ή κακόηθες ορογονίωμα

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΠΙ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Η εκτίμηση του βαθμού της λειτουργικής ανικανότητας, επί παρουσίας νεοπλασματικού όγκου και το εξ αυτής ποσοστό αναπηρίας (Π.Α.) εξαρτώνται:

1) Εκ του είδους αυτού (καλοήθους ή κακοήθους)
2) Εκ της θέσεώς του
3) Εκ του εγχειρησίμου ή μη αυτού
4) Εκ της προγνώσεως.
5) Εκ των μετεγχειρητικών υπολειμμάτων

1. Καλοήθεις νεοπλασίες των οστών

Οι υπαγόμενες στην κατηγορία αυτή νεοπλασίες των οστών δεν προσδίδουν ποσοστό ανατομοφυσιολογικής βλάβης παρά μόνο: α) εάν εκ της εντοπίσεως και του μεγέθους τους παρακωλύουν την κίνηση των αρθρώσεων και τη λειτουργία του πάσχοντος μέλους και β) εάν εμφανίσουν εξαλλαγή όπως είναι

δυνατόν να συμβεί σε μερικές περιπτώσεις καλοήθων νεοπλασιών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στην πρώτη περίπτωση (α), το ποσοστό φυσικής αναπηρίας εξαρτάται από το βαθμό επηρεασμού της λειτουργικότητας της συγκεκριμένης αρθρώσεως ή μέλους και το οποίο αναφέρεται αναλυτικώς στα επιμέρους κεφάλαια.

Στη δεύτερη περίπτωση (β), το ποσοστό φυσικής αναπηρίας καθορίζεται ως επί κακοήθων νεοπλασιών.

2. Κακοήθεις νεοπλασίες των οστών

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μετά ή άνευ μεταστάσεων.......67-100%

Ως οριακό χρονικό διάστημα που δίδεται το ανωτέρω ποσοστό αναπηρίας, προς αποκλεισμό υποτροπής ή μεταστάσεων, θεωρείται σήμερα η πενταετία. Μετά την πάροδο πενταετίας άνευ υποτροπής ή μεταστάσεως, η κακοήθης νεοπλασία θεωρείται πρακτικώς ιαθείσα, κάθε δε νέα εμφάνιση θεωρείται ως νέα περίπτωση.

Το ποσοστό φυσικής αναπηρίας επί κακοήθων νεοπλασιών των οστών, μετά την πάροδο της πενταετίας, υπό τους ανωτέρω εκτεθέντες όρους, καθορίζεται εκ της παραμεινάσης αναπηρίας, π.χ. ακρωτηριασμός, δυσχρησία μέλους, δυσκινησία αρθρώσεως κλπ. κατά τα αναλυτικώς εκτεθέντα στα ειδικά κεφάλαια.

4.13. ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

4.13.1. Εχινοκοκκίαση και άλλες παρασιτικές παθήσεις των οστών

Τα οστά της λεκάνης και οι σπόνδυλοι αποτελούν τις συνηθέστερες οστικές εντοπίσεις του παρασίτου.

Η συμπτωματολογία είναι ανάλογη με την εντόπιση και την έκταση της βλάβης. Ακτινολογικώς αρχικά παρουσιάζεται ως εστία οστεολύσεως, οπότε η διάγνωση είναι δυσχερέστατη έναντι φλεγμονωδών, νεοπλασματικών ή και έναντι εκφυλιστικών βλαβών αραιωτικού τύπου ή κυστικού, όπως π.χ. στην περιοχή των ισχίων. Αργότερα ακτινολογικώς εμφανίζεται η κυψελοειδής μορφή πολυμικροκυστικού χαρακτήρος.

Η χειρουργική αντιμετώπιση σπανίως επιφέρει ίαση (αδυναμία ριζικής εξαίρεσης - αιμορραγίες κ.λπ.). Τα τελευταία χρόνια ο συνδυασμός της χειρουργικής με ειδική αντιπαρασιτική φαρμακευτική αγωγή έφερε καλύτερα αποτελέσματα.

Το Π.Α. εξαρτάται από την εντόπιση, την έκταση της βλάβης, τη σύγχρονη προσβολή και γειτονικών οργάνων και την επιτευχθείσα ή όχι αποστείρωση των οστικών κοιλοτήτων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κατά την περίοδο από της ενάρξεως της θεραπείας προκειμένου περί εντοπίσεων στη σπονδυλική στήλη, λεκάνη και οστά κάτω άκρων ή εκτεταμένων εντοπίσεων επί των άλλων οστών ....80% [2 έτη]
- Κατά την ίδια περίοδο περιορισμένες εντοπίσεις επί των υπολοίπων οστών ....50% [1 έτος]
- Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας βεβαιωθείσης της νεκρώσεως του παρασίτου το Π.Α. εξαρτάται από τις εναπομείνασες μόνιμες οστικές ή αρθρικές ή λοιπές βλάβες εκ των μυών, αγγείων και νεύρων (βλ. σχετικά κεφάλαια).

4.13.2. Οστεοπόρωση τύπου Sudeck

Παρουσιάζεται κατά την ακινητοποίηση αρθρώσεων μετά συνήθως από κάκωση και αρχίζει ενωρίς, 8-12 ημέρες μετά την

κάκωση. Συχνότερα ανευρίσκεται στα βραχέα οστάρια και στις επιφύσεις των μακρών οστών περί την πηχεοκαρπική και την ποδοκνημική άρθρωση, αλλά και περί τον ώμο, το ισχίο και το γόνυ. Κλινικά σημεία η επώδυνη αλλά παροδική δυσκαμψία των αρθρώσεων της περιοχής και το οίδημα των περιαρθρικών μαλακών μορίων.

Η πάθηση αντιμετωπίζεται και απλώς επιμηκύνει το χρόνο αποκατάστασης της υγείας του πάσχοντος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί μονίμων υπολειμματικών ευρημάτων (δυσκαμψία, μυατροφίες) το Π.Α. εξαρτάται από το μέγεθος αυτών, της φύσεως του επαγγέλματος και την ηλικία του πάσχοντος (βλ. σχετικά κεφάλαια).

4.13.3. Ατελής οστεογένεση

Γενετικά μεταβιβαζόμενη αδυναμία ωρίμανσης του κολλαγόνου. Στον συγγενή τύπο: κυανή χροιά των σκληρών, ωτοσκλήρυνση, εύκολες εκχυμώσεις, δυσχέρεια επούλωσης τραυμάτων, έκδηλη χαλαρότητα αρθρώσεων, ευθραυστότητα των μακρών οστών. Η επιβίωση δεν είναι μακρά και οι ασθενείς του τύπου αυτού σπανίως αποτελούν αντικείμενο υγειονομικής κρίσης.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67-100%

Ο τύπος καθυστερημένης εκδήλωσης των ενηλίκων έχει κύριο σύμπτωμα τα συχνά κατάγματα των διαφύσεων ως εκ της ευθραυστότητας των οστών.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από τη φύση της εργασίας και από τις ενδεχόμενες παραμορφώσεις μετά τα κατάγματα (βλ. σχετικά κεφάλαια).

4.13.4. Ρικνωτικές ουλές εκ διαφόρων αιτίων

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από το βαθμό της μονίμου δυσκινησίας των παρακειμένων αρθρώσεων, ή της δυσλειτουργίας υποκειμένων τενόντων, ή εκ των προκληθεισών νευρικών και κυκλοφορικών διαταραχών (βλ. αντίστοιχα κεφάλαια).

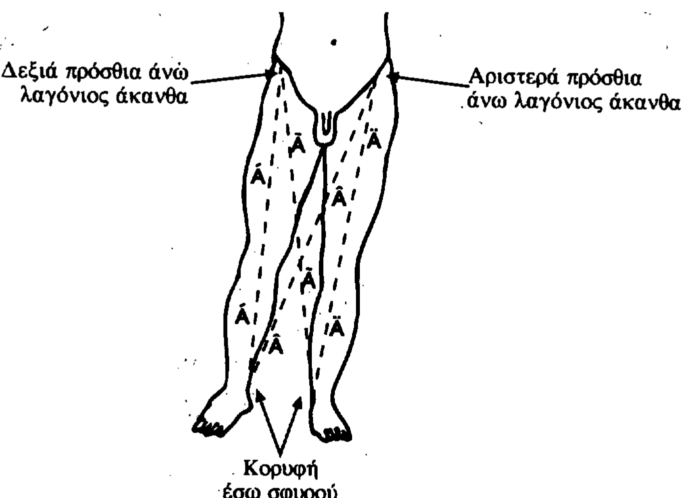
Επιβάλλεται συχνή επανεκτίμηση δεδομένου του ενδεχομένου βελτιώσεως των καταστάσεων με κινησιοθεραπεία ή χειρουργική θεραπεία.

Επί ουλών ευκόλως εξελκουμένων επί του προηγουμένου Π.Α. προστίθεται και Π.Α. 5-15%.

4.13.5. Ανισοσκελία

Για τη μέτρηση του μήκους των σκελών ο εξεταζόμενος τίθεται ύπτιος έχοντας τα σκέλη σε επαφή μεταξύ τους. Ο επιμήκης άξονας των σκελών πρέπει να είναι ακριβώς κάθετος προς το επίπεδο που διέρχεται δια των προσθίων άνω λαγονίων ακανθών. Μετρούμε το μήκος ολοκλήρου του σκέλους από προσθία άνω λαγόνια άκανθα μέχρι την κορυφή του έσω σφυρού. Μετρούμε επίσης τμηματικά μηρούς ή κνήμες από προσθία άνω λαγόνια άκανθα έως αρθρικής σχισμής έσω ή έξω του γόνατος και εκ της αρθρικής σχισμής - έσω ή έξω - έως της κορυφής του έσω ή έξω σφυρού.

Υπάρχει και η τεχνική μετρήσεως των σκελών κατά τη μέθοδο του Et Rey ως εξής: Εχοντας ως αφετηρία πάντοτε την κορυφή του έσω σφυρού, σε αμφότερα τα κάτω άκρα, μετρούμε ως ακολούθως (Εικ. 4.13):



Εικ. 4.13. Μέτρηση του μήκους σκελών.

Α) Μετρούμε το πάσχον σκέλος από του έσω σφυρού μέχρι την προσθία άνω λαγόνια άκανθα αυτού (π.χ. 82 εκ.)
Β) Από το έσω σφυρό του πάσχοντος σκέλους μέχρι την προσθία άνω λαγόνια άκανθα του υγιούς σκέλους (π.χ. 92 εκ.).
Γ) Από το έσω σφυρό του υγιούς σκέλους μέχρι την προσθία άνω λαγόνια άκανθα του πάσχοντος σκέλους (π.χ. 96 εκ.).
Δ) Από το έσω σφυρά του υγιούς σκέλους μέχρι την προσθία άνω λαγόνια άκανθα του ίδιου σκέλους (π.χ. 84 εκ.).

Κατόπιν προσθέτουμε ανά ζεύγη: Α+Β και Γ+Δ και για το παράδειγμά μας : 82+92=174 και 96+84=180. Αφαιρούμε έπειτα από το μεγαλύτερο άθροισμα το μικρότερο και το υπόλοιπο το διαιρούμε δια του αριθμού 2. Ο αριθμός που θα προκύψει είναι η βράχυνση. Για το παράδειγμα: 180-174=6:2=3 εκ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί βραχύνσεως μέχρι 2 εκ. 0
- Επί βραχύνσεως μέχρι 3-4 εκ. 10%
- Επί βραχύνσεως μέχρι 5-6 εκ. 15%
- Επί βραχύνσεως μέχρι 7-8 εκ. 20%
- Επί βραχύνσεως μέχρι 9-10 εκ. 25%
- Επί βραχύνσεως μέχρι 11 εκ. και άνω 35%

Επί συνυπάρξεως μυατροφιών κ.ά. βλαβών βλ. σχετικά κεφάλαια. Να λαμβάνεται υπόψη η δυνατότητα διορθώσεως της ανισοσκελίας.

4.13.6. Ψωριασική αρθρίτιδα

Παρουσιάζεται στο 5% περίπου των πασχόντων εκ ψωριάσεως ασχέτως εκτάσεως και εντάσεως των δερματικών βλαβών. Πρόκειται για ασύμμετρη χρονίζουσα αρθροπάθεια με πόνο, πάχυνση των μαλακών μορίων της αρθρώσεως και δυσκινησία. Συνηθέστερη εντόπιση, στα γόνατα, προσβάλλει όμως όλες τις αρθρώσεις.

Ακτινολογικώς συνδυασμός αραιωτικών και πυκνωτικών αλλοιώσεων. Συχνό εύρημα η υπερουριχαιμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Είναι ανάλογο προς τη δυσκαμψία και τα συνοδά ευρήματα (βλ. σχετικά κεφάλαια).
Λόγω της επιμονής των συμπτωμάτων η ασφαλιστική ανικανότητα προσεγγίζει εκείνη της μονοαρθρικής ή ολιγοαρθρικής μορφής της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, επιβάλλονται όμως συχνές επανακρίσεις.

4.13.7. Οστεομυελίτιδα - Οστεΐτιδα χρονία

Ασφαλιστική σημασία έχουν οι χρονίζουσες καταστάσεις ενδογενούς είτε εξωγενούς (τραύμα, κάταγμα επιπεπλεγμένο, εγχείρηση) μολύνσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από την κλινική εικόνα, τα ακτινολογικά ευρήματα, το ιστορικό και το επάγγελμα του ασθενούς.
Ενεργά συρίγγια, συχνές υποτροπές, εντόπιση σε θέσεις υψηλής φόρτισης (κάτω άκρα), λέπτυνση οστών, οστικά απολύματα, επιβράδυνση πωρώσεως, τροφικές διαταραχές δέρματος κλπ. αυξάνουν το Π.Α.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί ελαφρών οστικών αλλοιώσεων, άνευ ουσιωδών κλινικών ευρημάτων και μετά παρέλευση έτους τουλάχιστον από της τελευταίας υποτροπής 5-10%
- Επί μέσης βαρύτητας οστικών βλαβών με πολλαπλές υποτροπές κατά το παρελθόν, σε κατάσταση όμως ηρεμίας από έτους τουλάχιστον, άνευ ουσιωδών κλινικών ευρημάτων 15-25%
- Επί σοβαροτέρων οστικών βλαβών με πολλαπλές υποτροπές ή μετά μονίμων συριγγίων και συνοδά κλινικά ευρήματα τοπικά (μυατροφίες, δερματικές βλάβες) 35%

Επί συνυπάρξεως αρθρικών δυσκαμψιών, ασθενούς πώρου, νευρικών ή κυκλοφορικών σοβαρών διαταραχών του μέλους κ.λπ. προστίθεται Π.Α. ως στα σχετικά κεφάλαια.

5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΤΩΝ – ΡΙΝΟΣ – ΛΑΡΥΓΓΑ

5.1. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΤΩΝ

5.1.1. Συγγενείς ανωμαλίες

Οι συγγενείς ανωμαλίες του πτερυγίου του ωτός, εκτός από την εμφανή και χαρακτηριστική δυσμορφία λόγω της απουσίας του πτερυγίου, συνοδεύονται και από βαρηκοΐα είτε λόγω ατρησίας του ακουστικού πόρου είτε λόγω ανωμαλιών και απλασιών του κοίλου του τυμπάνου και του λαβυρίνθου. Η θεραπεία είναι χειρουργική και με πολύ καλά αποτελέσματα στην περίπτωση ακέραιου μέσου και έσω ωτός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απουσία πτερυγίου 15%
- Δυσμορφία πτερυγίου (μικρωτία, μακρωτία) 10-15%
- Στένωση ή ατρησία πόρου με ακέραιο το έσω ους....20-40%
- Απλασία ή υποπλασία του κοίλου του τυμπάνου, οστεΐνης μοίρας κοχλία, μαστοειδούς 60%

5.1.2. Κακώσεις-τραυματισμοί

- Απώλεια του πτερυγίου

Η απώλεια του πτερυγίου έχει καθαρά αισθητικό αποτέλεσμα το οποίο σε ορισμένα επαγγέλματα είναι σημαντικό και καθοριστικό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μερικός ή ολικός ακρωτηριασμός, μετατραυματικός ή μετεγχειρητικός 5-20%

- Ρήξη τυμπάνου

Η ρήξη του τυμπάνου έχει επιπτώσεις επί της ακοής μικρού βαθμού, αλλά αποτελεί κίνδυνο εγκατάστασης χρονίας μέσης ωτίτιδας. Ο τραυματισμός και οι εξαρθρώσεις των οσταρίων επιφέρουν σημαντική βαρηκοΐα αγωγής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....5-20%

- Κατάγματα κροταφικού

Διακρίνονται σε επιμήκη και εγκάρσια.

Τα κατάγματα του λιθοειδούς μπορούν να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές του αιθουσαίου, του κοχλιακού και του προσωπικού νεύρου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....50%

- Εξαρθρώσεις οσταρίων - Βαρύ τραύμα μέσω-έσω ωτός - Περιλεμφικό συρίγγιο

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....20-30%

5.1.3. Ογκοι ωτός

- Ακουστικό νευρίνωμα

Ο σημαντικότερος καλοήθης όγκος της περιοχής του έσω ακουστικού πόρου αποτελεί το 18% των ενδοκρανιακών όγκων και το 7% των όγκων των γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας. Η ανάπτυξη είναι βραδεία και χαρακτηρίζεται από μονόπλευρη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα , εμβοές, ίλιγγο και αστάθεια. Σειρά χαρακτηριστικών συμπτωμάτων θέτει την υποψία και σειρά ακουολογικών εξετάξεων και αξονικών ακουολογικών ευρημάτων θέτει τη διάγνωση. Θεραπεία χειρουργική (βλ. παθήσεις αιθουσαίου)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....50-70%

- Ογκοι πτερυγίου

Πρόκειται κατά κανόνα για καλοήθεις όγκους με επικρατέστερα τα επιθηλιώματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....20-30%

- Ογκοι εξω ακουστικού πόρου - μέσου ωτός

Πλέον συνήθη τα βασικοκυτταρικά και τα επιδερμογενή καρκινώματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....60-70%

5.1.4. Φλεγμονώδεις και άλλες παθήσεις ωτός

- Δερματικές παθήσεις πτερυγίου - έξω ακουστικού πόρου, έκζεμα πτερυγίου

Συνήθης μορφή το έκζεμα πτερυγίου (χρόνιο εκτεταμένο έκζεμα).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....5-10%

- Χρονία μέση πυώδης ωτίτιδα (μετά ή άνευ χολοστεατώματος)

Δυναμική εξέλιξη της μέσης πυώδους ωτίτιδας εκ πολλαπλών ενδογενών και εξωγενών αιτίων είναι η χρονία μέση πυώ-

δης ωτίτιδα που αφορά είτε το κοίλο του τυμπάνου είτε και τη μαστοειδή. Χαρακτηρίζεται από διάτρηση του τυμπάνου, πυόρροια και βαρηκοΐα αγωγιμότητας. Δυσμενής περίπτωση η ανάπτυξη χολοστεατώματος και η καταστροφή της οστικής αλύσου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30-40%

- Χρονία μαστοειδίτιδα - Υποτροπή από ανεπιτυχή επέμβαση

Η φυσική εξέλιξη χρονίας μέσης πυώδης ωτίτιδας χαρακτηρίζεται από έλλειψη πνευματώσεως μαστοειδούς. Δυσμενής επιπλοκή. Λίαν δυσμενής σε περίπτωση υποτροπής από ατελή εκσκαφή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30-40%

- Επιπλοκές χρονίας μέσης πυώδους ωτίτιδας - Σύμπτωμα συριγγίου - Πάρεση προσωπικού νεύρου - Λαβυρινθίτιδα

Η επιμονή της φλεγμονής πέραν του κοίλου του τυμπάνου προκαλεί πολλές και σοβαρές επιπλοκές:

α) Ενδοκροταφικές: 1) μαστοειδίτιδα, 2) λιθοειδίτιδα, 3) παράλυση προσωπικού, 4) λαβυρινθίτιδα.

β) Ενδοκρανιακές: 1) εξωμηνιγγικό απόστημα, 2) υποσκληρίδιο απόστημα, 3) εγκεφαλικό απόστημα, 4) θρομβοφλεβίτιδες φλεβωδών κόλπων, 5) ωτικός υδροκέφαλος, 6) μηνιγγίτιδα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 40-50%

- Χρονία συμφυτική ωτίτιδα (ξηρά)

Μετά από συχνές προσβολές ωτίτιδας και επιτυχή φαρμακευτική αντιμετώπιση επέρχεται επούλωση με εγκατάσταση ανωμαλιών όπου συνήθως αναπτύσσονται πολλαπλές συμφύσεις, επιθηλιοποίηση του ρήγματος του τυμπάνου και εισολκή μέχρι προσκολλήσεως στο έσω τοίχωμα. Συνοδεύεται από βαρηκοΐα αγωγιμότητας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

- Χρόνιος τυμπανοσαλπιγγικός κατάρρους

Συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες της ευσταχιανής σάλπιγγας, παρουσία εμποδίων στο στόμιο, χρονία καταρροϊκή κατάσταση ρινός και παραρρινίων, δημιουργούν προβλήματα στην επικοινωνία του μέσου ωτός. Σημαντική για ορισμένα επαγγέλματα (ιπτάμενοι, δύτες).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-10%

- Τυμπανοσκλήρυνση

Η τυμπανοσκλήρυνση συνοδεύεται από βαρηκοΐα αγωγιμότητας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ανάλογα με το βαθμό βαρηκοΐας)

Σε όλες τις περιπτώσεις η θεραπεία είναι χειρουργική με καλά αποτελέσματα και σημαντική αποκατάσταση της ακοής.

5.2. ΑΚΟΗ-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΚΟΗΣ

Η βαρηκοΐα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας, τα οποία χρειάζονται αντιμετώπιση επειδή εκτός από την πρόκληση ανικανότητας προς εργασία εγκυμονούν κινδύνους για τη ζωή.

Το αισθητήριο της ακοής δια των συστημάτων αγωγής του ήχου (πτερύγιο-ακουστικός πόρος-τύμπανο, άλυσος οσταρίων, ωοειδής θυρίδα) μεταφέρει τα ηχητικά κύματα στον κοχλία (έσω ους), όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά δυναμικά ενέργειας, τα οποία με το ακουστικό νεύρο μεταφέρονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, δια του κοχλιακού νεύρου που εισδύει στο εγκεφαλικό στέλεχος και οι ίνες του καταλήγουν στο ραχιαίο κοχλιακό πυρήνα. Οι πληροφορίες φέρονται στον κοχλιακό πυρήνα και φθάνουν στον ακουστικό φλοιό που στον άνθρωπο εντοπίζεται στην άνω κροταφική έλικα.

Είναι αυτονόητο ότι στη μακρά διαδρομή του ερεθίσματος από τον έξω ακουστικό πόρο (ηχητικά κύματα και ηλεκτρικά δυναμικά) μέχρι του φλοιού, πολλοί παράγοντες, εξωγενείς και ενδογενείς, μπορούν να προκαλέσουν βλάβη και εξ αυτής βαρηκοΐα.

Η εξέλιξη της ακοής δεν είναι χρονικά σταθερή. Αρχίζει από τις αυτόματες αντανακλαστικές αντιδράσεις του βρέφους σε κάθε δυνατό ήχο. Στη συνέχεια γίνεται διάκριση ασθενών από ισχυρούς και σε αυτούς που έχουν ή δεν έχουν κάποια σημασία. Από ενός έτους προσέχει τους ήχους που έχουν ενδιαφέρον και καταλαβαίνει την ομιλία. Από 3 ετών συνεργάζεται για ακουολογική εξέταση και από 5 ετών εκτελούνται οι συνήθεις για τους ενηλίκους εξετάσεις. Κληρονομικά αίτια, λήψη φαρμάκων από εγκύους, μη φυσιολογικός τοκετός, ίκτερος είναι κύρια αίτια συγγενούς ανωμαλίας, από ελαττωματική βαρηκοΐα που προκαλεί ανωμαλίες στην ανάπτυξη της ομιλίας μέχρι πλήρη αδυναμία αναπτύξεως.

Βαρηκοΐα επακολουθεί όπου το ηχητικό ερέθισμα δεν φθάνει στο αισθητήριο όργανο ή όταν αυτό δεν είναι ικανό να τη δεχθεί.

Ετσι οι βαρηκοΐες διακρίνονται ως ακολούθως:

• ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ (ή έξω ωτός). Εμπόδιο στη μετάδοση του ηχητικού ερεθίσματος. Εμφανίζεται σε χρόνια εκκριτική ωτίτιδα, χρόνια μέση πυώδη ωτίτιδα, ανωμαλία ακουστικού πόρου ή κοίλου του τυμπάνου, ανωμαλία ή τραυματισμό οστικής αλύσου - ωτοσκλήρυνση.

Η τελευταία αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα' είναι πρωτοπαθής κληρονομική νόσος. Εκδηλώνεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών, εξελίσσεται βραδέως και επιβαρύνεται από την εγκυμοσύνη, τα αντισυλληπτικά, ορμονοθεραπείες ή τοπικές φλεγμονές. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε προχωρημένα στάδια εξελίσσεται σε μικτή λόγω επεκτάσεως προς τον κοχλία.

• ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟΣ (αντιλήψεως - έσω ωτός). Το ηχητικό ερέθισμα φθάνει έως τον κοχλία αλλά δεν μεταφέρεται ηχητικό δυναμικό στην περιοχή του φλοιού, από κάποια βλάβη από κοχλία μέχρι και άνω κροταφική έλικα.

Συχνότερα αίτια ωτοτοξικά φάρμακα και έκθεση στους θορύβους (επαγγελματικά).

Αλλα αίτια: συγγενής (οικογενειακή), αγγειακά (αιφνίδια βαρηκοΐα), φλεγμονώδεις παθήσεις (λαβυρινθίτιδα), συφιλιδικές, γενικά νοσήματα (υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια), διάσειση λαβυρίνθου, νόσος των δυτών, τραύματα, όγκοι. Συνήθης η πρεσβυακουσία. Υποχρεωτικά για μεγάλες ηλικίες.

Ιδιαίτερη μνεία χρειάζεται η νόσος του Mènière. Χαρακτηριστική νευροαισθητήριος βαρηκοΐα με ύδρωπα του λαβυρίνθου (παθήσεις του αιθουσαίου).

• ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ. Σε αυτή συνυπάρχουν και τα δύο προηγούμενα.

• ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ (υστερική, μη οργανική, προσποίηση). Διακρίνεται σε μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Εμφανίζεται ως μεγάλη νευροαισθητήριος βαρηκοΐα ή ως πλήρης κώφωση. Αίτια ψυχογενή ή προσποίηση. Η διάγνωση είναι δυσχερής και απαιτεί πολλές φορές και επανειλημμένες δοκιμασίες και μεγάλη πείρα.

Τα αίτια που προκαλούν βαρηκοΐα αγωγιμότητας αντιμετωπίζονται χειρουργικώς.

Οι βαρηκοΐες αγωγής αποκαθίστανται σχεδόν πλήρως (ανάλογα με τα στάδια) δια διορθωτικών επεμβάσεων, εκτός από τις εκσεσημασμένες συγγενείς ανωμαλίες και τις εκτεταμένες ωτοσκληρύνσεις (κοχλιακή).

Για τη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα δεν υπάρχει θεραπεία. Μεγάλη βοήθεια παρέχεται με τη χρήση ακουστικού βαρηκοΐας.

Για απόδοση ανικανότητας προσδιορίζεται ο βαθμός βαρηκοΐας με βάση την τονική ακουομετρία.

Η κατάταξη αυτή δεν είναι δίκαιη επειδή στην πράξη η επικοινωνία και η κατανόηση της ομιλίας δεν είναι η ίδια

μεταξύ μιας νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας και μιας βαρηκοΐας αγωγής του ίδιου βαθμού

Μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα για την κατανόηση της ομιλίας, έχει το ποσοστό διακριτικότητας τους πάσχοντος (discrimination score).

Ο βαθμός βαρηκοΐας με βάση την απώλεια ακοής σε dB διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια, μεγάλη, υπολειμματική, κώφωση.

Για λεπτομερέστερη επιμέτρηση μπορούμε να διακρίνουμε ενδιάμεσες καταστάσεις, όπως μέτρια προς μεγάλη, κ.λπ. Υπολειμματική θεωρούμε την περίπτωση που διακρίνουμε στοιχεία ακοής σε περιορισμένο εύρος συχνότητας. Πολλές φορές όταν υπάρχουν στοιχεία ακοής στα όρια, η αντίδραση είναι ανύπαρκτη οπότε πρακτικώς μιλούμε περί κωφώσεως.

Στις μεγάλες βαρηκοΐες ανάλογα με το χρόνο εγκαταστάσεως συνυπάρχουν και διαταραχές ομιλίας, πράγμα που πρέπει να ληφθεί υπόψη.

Ακραία περίπτωση είναι η κωφαλαλία (πλήρης κώφωση χωρίς ανάπτυξη ομιλίας).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

• Με βάση την ηχητική ακουομετρία, επί μονοπλεύρου βαρηκοΐας

Ελαφρά 0%
Μετρία 5-10%
Μεγάλη 10-15%
Υπολειμματική ακοή 15-20%
Κώφωση 20-25%

• Επί ετεροπλεύρου βαρηκοΐας, ως ακολούθως:

ΑΡΙΣΤΕΡΟ / ΔΕΞΙΟ	I	II	III	IV	V	VI
I. Φυσιολογική ακοή	0	0	5	10	20	25
II. Ελαφρά βαρηκοΐα	0	10	15	20	25	30
III. Μέτρια βαρηκοΐα	5	15	20	25	30	35
IV. Μεγάλη βαρηκοΐα	10	20	25	30	40	45
V. Υπολειμματική ακοή	20	25	30	40	50	60-70
VI. Κώφωση	25	30	35	45	60-70	70-80

Τα ποσοστά αναπηρίας επί νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας πρέπει να είναι τα ανώτερα. Οταν πρόκειται για κωφαλαλία το Π.Α. είναι 80%

Οταν η ακουολογική μελέτη συμπεριλαμβάνει και το ποσοστό διακριτικότητας, προστίθεται στο ποσοστό βαρηκοΐας επιπλέον ποσοστό κατά τον ακόλουθο τρόπο:

- Για διακριτικότητα <40% +8%
- Για διακριτικότητα 40-60%+5%
- Για διακριτικότητα >60% +3%

Συχνότερες παθήσεις που συνοδεύουν τη βαρηκοΐα και που πρέπει να εκτιμηθούν στην απόδοση ανικανότητας είναι:

- Με συμμετοχή οργανικών βλαβών +5%
- Συμφυτική ωτίτιδα +3%
- Χρονία μέση πυώδης ωτίτιδα (ξηρά-πυορροούσα) +5-10%
- Συγγενείς ανωμαλίες +15-60% (βλ. 5.1.1)
- Λαβυρινθίτιδα +30% (βλ. 5.3.6)
- Χρονία εκκριτική ωτίτιδα +5%
- Κακώσεις λιθοειδούς +20% (βλ. 5.1.2)
- Βαρότραυμα-περιλεμφικό συρίγγιο (συνήθως επί καταδύσεων) +40%

5.3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΙΘΟΥΣΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σε περίπτωση βλάβης του αιθουσαίου συστήματος κύριο σύμπτωμα είναι ο ίλιγγος.

Ο ίλιγγος, ιδιαίτερα ενοχλητικό σύμπτωμα, εκτός από την αστάθεια που μπορεί να προκαλέσει πτώση, συνδυάζεται συχνά με ναυτία, εμέτους, ωχρότητα, κρύους ιδρώτες. Η θορυβώδης και επαναλαμβανόμενη εικόνα προκαλεί έντονη ανησυχία και οδηγεί σε ανικανότητα, πολλές φορές για κάθε εργασία όχι μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης αλλά και κατά την περίοδο ηρεμίας, εκ του φόβου πάντοτε επικειμένου παροξυσμού.

Το πρόβλημα είναι πολύπλοκο και η διάγνωση δυσχερέστατη. Η πρόγνωση δεν συμβαδίζει με την εικόνα και τη θορυβώδη ή μη συμπτωματολογία ούτε με τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων.

Στις περιφερικής αιτιολογίας παθήσεις η πρόγνωση είναι καλή. Στις κεντρικές ή διάμεσες, που η συμπτωματολογία δεν είναι έντονη, η πρόγνωση είναι πολλές φορές σοβαρή, όταν έχει σχέση με ενδοκρανιακές παθήσεις.

Για την αξιολόγηση της παθήσεως έχει σημασία το ιστορικό, η παρουσία και η μορφή του αυτόματου νυσταγμού, οι αιθουσαίες δοκιμασίες, η ηλεκτρονυσταγμογραφία (ΗΝΓ), οι ακουολογικές δοκιμασίες. Η σύγχρονη καταγραφή των λειτουργικών δοκιμασιών του αιθουσαίου (κυριότερες οι θερμικές και οι "δια ταλαντευομένου εδράνου") με την αξιοπιστία και την ακρίβεια που τις διακρίνει, δίνει πολλές λύσεις και βοηθάει στο διαχωρισμό περιφερικού και κεντρικού ιλίγγου.

Στη λήψη αποφάσεως πρέπει να απαιτηθεί όσο το δυνατόν πληρέστερος έλεγχος με όσο το δυνατόν περισσότερες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Σε περίπτωση ελλείψεως γνωματεύσεως των ειδικών ιατρών και των απαραιτήτων εργαστηριακών εξετάσεων διερευνάται: 1) η διάκριση αν πρόκειται για ίλιγγο, ζάλη, αστάθεια, 2) αν υπάρχουν συμπτώματα από την ακοή που συνοδεύουν την κρίση, 3) ο χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων, 4) οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η κρίση ή άρχισε ο ίλιγγος, 5) η εξέλιξη με την πάροδο του χρόνου, 6) η διάρκεια της κρίσης, 7) η συχνότητα εμφανίσεως αυτής, 8) η σχέση με τη θέση της κεφαλής, του σώματος και των κινήσεων, 9) τα πρώιμα συμπτώματα, 10) αν συνοδεύεται με απώλεια συνειδήσεως, 11) η εμφάνιση κεφαλαλγιών προ ή κατά την κρίση, 12) παθήσεις των ώτων, 13) παρουσία άλλων γενικών συμπτωμάτων (διπλωπία, αιμωδία προσώπου, δυσφαγία, βράγχος), 14) άλλες παθήσεις, ιδιαίτερα του κυκλοφορικού.

5.3.1. Νόσος του Mènière (λαβυρινθικός ύδρωπας)

Από τις πιο συχνές παθήσεις του λαβυρίνθου, αγνώστου αιτιολογίας, παρουσιάζει νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, κρίσεις ιλίγγου και εμβοές.

Διακρίνονται 3 φάσεις που μπορούν να θεωρηθούν σαν στάδια βαρύτητας:

- Αρχική φάση: Εμβοές, σπάνια ίλιγγος, διπλακουσία.
- Δεύτερο στάδιο: Εντονοι ίλιγγοι, επιδείνωση βαρηκοΐας, επίταση εμβοών. Στα μεσοδιαστήματα της κρίσης οι πάσχοντες μπορούν να αισθάνονται καλά.
- Προχωρημένο στάδιο: Επιδείνωση της βαρηκοΐας μέχρι πρακτικής κωφώσεως, κρίσεις απότομης πτώσης. Σε όλες τις φάσεις της νόσου υπάρχει ο κίνδυνος πτώσης και η ανικανότητα προς εργασία είναι έκδηλος. Στη φάση της νόσου που οι κρίσεις πληθαίνουν αλλά είναι μειωμένες σε ένταση παρατηρείται συχνά το ενοχλητικό φαινόμενο της απότομης πτώσης και η αίσθηση της συνεχούς ταλάντωσης.

Η πρόγνωση δεν είναι δυνατή. Υπάρχουν ίσες πιθανότητες καλής και κακής πρόγνωσης ως και αυτής που κατά την περίοδο πολλών ετών (4-5) η νόσος εξασθενεί.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και όταν τα συμπτώματα δεν τίθενται υπό έλεγχο χειρουργική.

Απόλυτος θεραπεία της νόσου δεν υπάρχει. Δύναται όμως να τεθεί υπό έλεγχο με συνεχή παρακολούθηση και θεραπεία. Σε μεγάλο ποσοστό παρατηρείται μετά από πολλά χρόνια μείωση των κρίσεων ιλίγγου σε συχνότητα και ένταση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 60-70%

5.3.2. Ακουστικό νευρίνωμα

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο ακουστικό νευρίνωμα όπου απαιτείται διαφορική διάγνωση από τη νόσο του Meniere.

- Πρώτο στάδιο: Νευροαισθητήριος βαρηκοΐα αιθουσαία, συμ-

πτώματα ήπιας μορφής.
- Δεύτερο στάδιο: Προσβολή τριδύμου και φαινόμενα πιέσεως εγκεφαλικού στελέχους και παρεγκεφαλίδας.
- Τελικό στάδιο με συμπτώματα αυξημένης ενδοκρανιακής πιέσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................60-70%

5.3.3. Αιθουσαία νευρωνίτιδα

Οπισθολαβυρινθική πάθηση με πιθανή εντόπιση στο γάγγλιο του Scarpa.

Απότομος έντονος ίλιγγος διάρκειας ημερών χωρίς ακουολογικά ευρήματα αλλά με θετικές θερμικές δοκιμασίες.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η περίοδος ανάρρωσης ποικίλει ανάλογα με την ηλικία. Απαιτείται ανάρρωση 1-2 μηνών. Θεραπεία φαρμακευτική ολίγων ημερών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................30-40%

5.3.4. Καλοήθης ίλιγγος θέσεως

Είναι η πιο συχνή παθολογική εκδήλωση του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος. Παρουσιάζεται σε μία ή περισσότερες θέσεις της κεφαλής. Η διάρκεια της πάθησης είναι συνήθως από εβδομάδα μέχρι μερικούς μήνες. Μπορεί όμως να ποικίλλει από μία ημέρα μέχρι δύο χρόνια.

Οταν είναι μικρής διάρκειας δεν απασχολεί για την εκτίμηση μακράς ανικανότητας. Στις περιπτώσεις συχνών και επαναλαμβανομένων προσβολών του αιθουσαίου, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και απαιτείται ειδική αντιμετώπιση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................20%

Επίμονος ίλιγγος θέσεως: Οταν είναι πρωτοπαθής δεν παρουσιάζονται συμπτώματα εκ της ακοής. Οταν εμφανίζεται δευτερογενώς (ωτοσκλήρυνση, τραυματισμός, κ.λπ.) τα ακουολογικά ευρήματα είναι ανάλογα της παθήσεως. Η πρόγνωση εξαρτάται από την αιτιολογία. Ο μετατραυματικός ή μετεγχειρητικός υποχωρεί σε λίγες εβδομάδες ή μήνα. Στις χρόνιες φλεγμονές, σε αγγειακές βλάβες και εκφυλιστικές αλλοιώσεις διαρκεί μεγάλο διάστημα, από 6 μήνες έως δύο χρόνια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................30-40%

5.3.5. Περιλεμφικό συρίγγιο

Συμπτώματα όμοια με εκείνα της νόσου του Mènière ή καλοήθους ιλίγγου θέσεως. Συχνότερα παρατηρείται σε δύτες ή μετά τραυματισμό κεφαλής ή μετεγχειρητικώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................35-40%

5.3.6. Λαβυρινθίτιδα

- Φλεγμονώδης

Η προσβολή κατά κανόνα γίνεται εκ του μέσου ωτός ως επιπλοκή της μέσης ωτίτιδας. Σπάνια είναι αιματογενής. Παρατηρείται ίλιγγος και αυτόματος νυσταγμός.

Διακρίνονται δύο στάδια, ορώδες και πυώδες.

- Φαρμακευτική

1) Από παρενέργεια φαρμάκων (ωτοτοξικών - στρεπτομυκίνη και άλλες αμινογλυκοσίδες, κ.λπ., 2) από υπερδοσολογία φαρμάκων και 3) από αλληλεπίδραση φαρμάκων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................30-40%

- ΕΚΤΙΜΗΣΗ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο ίλιγγος προβάλλεται συνηθέστατα σαν συνοδό σύμπτωμα πολλών παθήσεων και πρέπει να δικαιολογηθεί κατ' αρχάς η παρουσία των και εν συνεχεία να συνεκτιμηθεί λόγω της ιδιαιτερότητας του συμπτώματος αυτού (καθιστά το άτομο ανίκανο προς εργασία). Επί διαγνωσμένων παθήσεων του αιθουσαίου συστήματος, η παρουσία ιλίγγου είναι αυταπόδεικτος.

Στις άλλες περιπτώσεις, όπου προβάλλεται επιμόνως η αδυναμία εργασίας λόγω ιλίγγου ή κρίσεων ιλίγγου η εκτίμηση είναι δύσκολη.

Αναζητείται η παρουσία αιθουσαίων αντανακλαστικών και η λειτουργική αντίδραση του συστήματος. Η πλέον συνήθης και αξιόλογη εξέταση για τον προσδιορισμό της λειτουργικής κατάστασης των λαβυρίνθων είναι η ηλεκτρονυσταγμογραφική καταγραφή των αντιδράσεων των λαβυρίνθων και η μεταξύ τους σχέση.

Συγκρίνεται η διάρκεια της ταχείας φάσεως του νυσταγμού, θερμού και ψυχρού του δεξιού με το αριστερό. Π.χ.

	δεξιά	αριστερά
θερμό	α	β
ψυχρό	γ	δ

Η διαφορά (α+γ) και (β+δ) όταν είναι κάτω του 20% θεωρείται φυσιολογική. Η διαφορά της νυσταγμικής κατευθύνσεως (α+δ) και (γ+β) (υπεροχή νυσταγμικής κατευθύνσεως) εκτιμάται υπέρ της κεντρικής εντόπισης της βλάβης όταν είναι >20%.

Η ανεύρεση μεγάλης υπαισθησίας ακόμα και η μονόπλευρη πάρεση του λαβυρίνθου δεν αποτελεί απαραίτητα στοιχείο (βασικό) αναπηρίας. Πολλές φορές είναι τυχαίο εύρημα παλαιάς βλάβης που λειτουργικά έχει αντιρροπισθεί. Εκτιμάται μόνον όταν υπάρχουν συμπτώματα και αυτόματος αιθουσιαίος νυσταγμός και υπεροχή νυσταγμικής κατευθύνσεως προς μία πλευρά.

Στις παθήσεις του αιθουσαίου διαταράσσεται το σύστημα της ισορροπίας (στατικό) και υπάρχει πάντα ο κίνδυνος πτώσης και απώλειας του ελέγχου χειρισμού μηχανημάτων ιδιαίτερα. Για το λόγο αυτό λαμβάνεται υπόψη το επάγγελμα του πάσχοντος, η ηλικία, ο χώρος δράσεως κ.λπ.

5.4. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΡΙΝΟΣ-ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ

Η λειτουργία της ρινός και των παραρρινίων κόλπων είναι σύνθετος: α) αναπνευστική, β) οσφρητική, γ) φωνητική (διαμόρφωση έναρθρου λόγου), δ) προασπιστική της αναπνοής.

Συγγενείς ανωμαλίες της ρινός και της ρινικής κοιλότητας, μετατραυματικές ή μετεγχειρητικές παραμορφώσεις και δυσλειτουργίες, ειδικές και χρόνιες παθήσεις αυτής και των παραρρινίων κόλπων ως και νεοπλασίες της περιοχής επιφέρουν σοβαρές αναπηρίες στους πάσχοντες.

5.4.1. Συγγενής ατρησία χοάνης

Συγγενής πάθηση, ετεροπλεύρως ή αμφοτεροπλεύρως. Επιφέρει έντονη δυσλειτουργία του αναπνευστικού και σοβαρές επιπλοκές αν δεν αποκατασταθούν εγκαίρως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................... 50%

5.4.2. Ουλές με παραμορφωτική δυσλειτουργία

Η ρίνα, κύριο στοιχείο του σχηματισμού και της εμφάνισης του προσώπου, εκτός από τις δυσχέρειες των βασικών λειτουργιών που επιφέρουν γενικές διαταραχές και πλήθος επιπλοκών, προκαλεί αισθητική δυσλειτουργία ανάλογα με το μέγεθος και το βάθος των απωλειών.

Η απώλεια τμήματος της ρινός μετατραυματικώς ή μετεγχειρητικώς, και μόνη αποτελεί μια έκδηλη παραμόρφωση του προσώπου ιδιαιτέρως σημαντική για πολλά επαγγέλματα. Συχνά συνυπάρχουν και συμφύσεις ή στενώσεις που προκαλούν και έντονες δυσλειτουργίες όταν είναι αμφοτεροπλεύρες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικροκολόβωμα χωρίς στένωση 10-15%
- Μεγάλη απώλεια χωρίς ή με στένωση 20-30%
- Μετατραυματική παραμόρφωση
  - α) Χωρίς στένωση (μόνο αισθητικό αποτέλεσμα) 20%
  - β) Ετερόπλευρη στένωση 30%
  - γ) Αμφοτερόπλευρη στένωση (αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα) 40%

5.4.3. Σκολίωση ρινικού διαφράγματος με σημαντική ρινική δυσλειτουργία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10%

5.4.4. Διάτρηση ρινικού διαφράγματος με επιστάξεις

Η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος διορθώνεται χειρουργικώς και εκτιμάται μόνο όταν προκαλεί έντονη στένωση του αυλού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-15%

5.4.5. Ανοσμία

Μόνιμος ανοσμία προκαλείται από τραυματισμό συνέπεια κατάγματος της βάσης του κρανίου ή εκ πιέσεως εξ όγκου του μετωπιαίου λοβού ή ατροφικής ρινίτιδας, μηνιγγίτιδας, υστερίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ....(συνεκτιμάται με την αιτιολογία) 10%

5.4.6. Ρινική ατροφία (όζαινα)

Η ατροφική ρινίτιδα είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής (λύκος, φυματίωση, σύφιλη, ενδορρινικές επεμβάσεις).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30%

5.4.7. Χρονία ρινική αλλεργία με σημαντική δυσλειτουργία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-15%

5.4.8. Πολυποειδής εκφύλιση

Η ρινική αλλεργία άλλοτε αυτοτελής, συχνότερα συνυπάρχει με γενικές αλλεργικές εκδηλώσεις, δέρματος, οφθαλμών, πνευμόνων. Χαρακτηρίζεται από έντονα ερεθιστικά και αποφρακτικά φαινόμενα με επιπλοκές συνήθως από τους παραρρίνιους κόλπους.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-15%

5.4.9. Ειδικές φλεγμονές

Φυματίωση, σύφιλη, λέπρα, κοκκιωμάτωση του Wegener με σοβαρές βλάβες στο βλεννογόνο και το σκελετό της ρινός, αναφέρονται στο οικείο κεφάλαιο.

5.4.10. Πολύποδες ρινός και παραρρινίων

Με προβλήματα εκ του αναπνευστικού - μέσου ωτός και έντονες και επίμονες κεφαλαλγίες.

Η κλινική εικόνα ηπιωτέρα της οξείας εμφανίζει συνεχώς πυόρροια, κεφαλαλγίες. Η βαρύτητα εκτιμάται εκ της εντοπίσεως (μονοπλεύρως ή ετεροπλεύρως), της εκτάσεως σε ηθμοειδή, μετωπιαία, σφηνοειδή και εκ της ηλικίας και γενικής καταστάσεως του πάσχοντος. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-15%

5.4.11. Πολυποειδής εκφύλιση

Η προκαλούμενη ανικανότητα εξαρτάται από το μέγεθος, την εντόπιση και την ένταση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μόνοπλευρη εντόπιση 10%
- Αμφοτερόπλευρη εντόπιση 15%

5.4.12. Χρόνιες παραρρινοκολπίτιδες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χρονία ιγμορίτιδα (με ή χωρίς ηθμοειδίτιδα) 10-15%
- Χρονία μετωπιαία κολπίτιδα 20%
- Χρονία σφηνοειδίτιδα 25%
- Παγκολπίτιδα 30%

5.4.13. Στοματοκολπικό συρίγγιο

Επιπλοκή εξαγωγής οδόντων που έχουν σχέση με το ιγμόριο. Προκαλεί δυσοσμία και συχνά επιμολύνσεις του κόλπου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-15%

5.4.14. Επιστάξεις επίμονες

Με συνηθέστερο αίτιο τη νόσο Rendu-Osler-Weber. Μεγάλο εύρος επιπτώσεων στη γενική κατάσταση, ιδιαίτερα όταν υποτροπιάζουν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 15%

5.4.15. Νεοπλάσματα ρινός

- Καλοήθη

Καλόηθες νεόπλασμα είναι το θήλωμα του βλεννογόνου. Αλλες μορφές: αδένωμα, ίνωμα, οστέωμα, γιαγαντοκυτταρικός όγκος, αιμαγγειώματα. Οι επιπτώσεις εξαρτώνται από την εντόπιση, την έκταση και τις επιπλοκές.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-30%

- Κακοήθη

Συνηθέστερο το καρκίνωμα εκ πολλαπλών πλακωδών επιθηλίων, αδενοκαρκίνωμα, κυλίνδρωμα, σάρκωμα.

Συνηθέστερη εντόπιση: ιγμόριο, ηθμοειδή, ρινική θαλάμη.

Εκτιμάται ο βαθμός κακοήθειας, η έκταση, η ύπαρξη μεταστάσεων και η γενική κατάσταση. Η πρόγνωση των όγκων, ιδιαίτερα της οπίσθιας γραμμής, είναι δυσμενής λόγω ταχείας μεταστάσεως στον εγκέφαλο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 70-80%

5.5. ΠΡΟΣΩΠΟ-ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΟ ΚΡΑΝΙΟ

5.5.1. Συγγενείς ανωμαλίες

Συγγενείς παθήσεις (όπως και οι τραυματικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές) του στόματος επιφέρουν ποικίλου βαθμού αναπηρίες η βαρύτητα των οποίων εξαρτάται από την έκταση των αισθητικών παραμορφώσεων, της δυσλειτουργίας ή αδυναμίας μασήσεως, της καταπόσεως, της ομιλίας και της αναπνοής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Υποπλασία προσώπου 50%
- Συγγενής σχισμή 5-10%
- Λαγόχειλος 5-10%
- Λαγόχειλος με λυκόστομα
  α) Απώλεια οστεΐνης και μαλακής υπερώας (τελεία) 40%
  β) Απώλεια υπερώας και ζυγωματικού οστού που συνεπάγεται ευρεία επικοινωνία με τη ρινική κοιλότητα και το ιγμόριο άντρο (γναθιαίο κόλπο) 60%
- Διαμαρτία διαπλάσεως γλώσσας (μεγαλογλωσσία, μικρογλωσσία) 20%
- Στένωση ρινοφαρυγγικού ισθμού 20%
- Βραγχιακά συρίγγια (ατελή-τέλεια) - Κύστεις, συρίγγια θυρεογλωσσικού πόρου 5-10%

5.5.2. Τραύματα-Εγκαύματα - Μετεγχειρητικές-μετατραυματικές καταστάσεις

- Εγκαύματα και μετατραυματικές παραμορφώσεις

Ποικίλης εκτάσεως ρικνωτικές ουλές από απλές παραμορφώσεις μέχρι ορίου (σταδίου) που δεν επιδέχεται επανορθωτική θεραπεία. Περιορισμός ανοίγματος στόματος. Δυσκολία - αδυναμία μάσησης. Δυσχέρεια στο λόγο (προφορά). Προβλήματα εκ των οδόντων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30-40%

- Κατάγματα προσώπου άνω γνάθου που απολείπουν:

Παραμόρφωση προσώπου - Νευραλγίες περιοχής - Ρινόρροια εγκεφαλονωτιαίου υγρού - Δυσλειτουργίες ρινός - Ανοσμία - Δακρύρροια - Διπλωπία - Περιορισμό κινήσεων γνάθων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-35%

- Δυσκολία κινήσεων γνάθου

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Εξάρθρημα κροταφογναθικής άρθρωσης που υποτροπιάζει 15%
- Εξάρθρημα κροταφογναθικής άρθρωσης μη ανατασσόμενο (ανάλογα με το βαθμό δυσχέρειας στη μάσηση) 30-40%
- Αγκύλωση κροταφογναθικής άρθρωσης (ανάλογα με το βαθμό ανοίγματος του στόματος και δυσχέρειας στη μάσηση) 40-50%

- Ψευδάρθρωση κάτω γνάθου που δημιουργούν τα κατάγματα με κακή πόρωση

Ο βαθμός βαρύτητας εξαρτάται από την ικανότητα μάσησης: Στάδια: α) Ελαφρά δυσχέρεια μάσησης, β) ουσιώδης δυσχέρεια μάσησης, γ) αδυναμία μάσησης

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....30-40%

- Κάταγμα κάτω γνάθου που πωρώθηκε σε πλημμελή θέση:

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Εάν επιτρέπει μερική προσαρμογή με τους οδόντες της άνω γνάθου 20%
- Εάν δεν επιτρέπει την προσαρμογή με τους οδόντες της άνω γνάθου 40%

- Γλωσσεκτομή

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ακρωτηριασμός γλώσσας περισσότερο ή λιγότερο εκτεταμένος ή εκτεταμένες συμφυτικές ουλές, που δυσχεραίνουν το λόγο και την κατάποση. Ανάλογα με το βαθμό της δυσχέρειας 20-30%
- Ολική ή σχεδόν ολική απώλεια γλώσσας 50%

- Δυσκινησία γλώσσας (από βλάβη υπογλωσσίου νεύρου)

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Αναλόγως της δυσκολίας στην ομιλία και την κατάποση 15-20%
- Παράλυση των δύο υπογλωσσίων νεύρων 50%

- Παράλυση υπερώας (από βλάβη γλωσσοφαρυγγικού νεύρου) και τραυματικές βλάβες

Παράλυση γλωσσοφαρυγγικού νεύρου (ετερόπλευρη-αμφοτερόπλευρη). Δυσκολία στην ομιλία και κατάποση. Βαρύτερη κατάσταση όταν υπάρχει ανάρροια.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....20-30%

5.5.3. Απώλεια οδόντων

Απώλεια οδόντων με βλάβη των φατνίων τραυματικής αιτιολογίας

α. Απώλεια 5 οδόντων

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....10%

β. Απώλεια όλων ή σχεδόν όλων των οδόντων άνω και κάτω γνάθου με δυνατότητα εφαρμογής πρόσθεσης

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Εάν η βαρύτητα εξαρτάται από τη δυνατότητα επανόρθωσης 15%
- Στις περιπτώσεις που είναι δυνατή η εφαρμογή πρόθεσης επιτυγχάνεται καλή λειτουργία με μακρά και επίπονη προσπάθεια 45%

γ. Απώλεια όλων ή σχεδόν όλων των οδόντων άνω και κάτω γνάθου με βλάβη των φατνίων που καθιστούν αδύνατη την εφαρμογή πρόθεσης

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....40%

5.5.4. Παθήσεις σιελογόνων αδένων

- Λιθίαση σιελογόνων αδένων

Αντιμετωπίζεται εύκολα. Η λιθίαση της μάζας του αδένα είναι βαρυτέρα επειδή οδηγεί στην εκφύλιση αυτού.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....10-15%

- Φλεγμονές

Χρονία σιελαδενίτιδα. Συγγενείς διαμαρτίες και συχνές φλεγμονές οδηγούν σε χρονιότητα της νόσου με μόνιμη διόγκωση των αδένων και πυόρροια.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....15-20%

- Νεοπλάσματα σιελογόνων αδένων

Συνηθέστερα εμφανίζονται τα αδενοκαρκινώματα και τα βλεννοεπιδερμοειδή.

Θεραπεία: Πάντα με χειρουργική αφαίρεση, παρόλο ότι τα βλεννοεπιδερμοειδή είναι ακτινευαίσθητα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....60-70%

- Μικτός όγκος (κατατάσσεται στους κακοήθεις).

Θεραπεία: Χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50%

- Πέμφιγα και πεμφιγοειδές

Βαρύτατη χρονία νόσος, πολλές φορές εντοπίζεται μόνο στο στόμα (βλ. Κεφ. 2).

- Λευκοπλακία (βλ. κεφ. 2)

Χρήζει ιδιαιτέρας προσοχής διότι όχι σπάνια μεταπίπτει σε καρκίνο. Αγνώστου αιτιολογίας, εκδηλώνεται με τη μορφή επιπέδων λευκών πλακών.

5.5.5. Νεοπλάσματα στοματοφάρυγγος

- Καλοήθεις όγκοι

Ρινοΐνωμα: αγγειοβριθής όγκος που αιμορραγεί εύκολα και υποτροπιάζει συχνά. Στο αρχικό στάδιο παρατηρούνται ρινική απόφραξη και επιστάξεις. Σε προχωρημένο στάδιο επιπλοκές εκ της επεκτάσεως στους παραρρίνιους κόλπους και το κρανίο.

Θεραπεία: Χειρουργική. Υποτροπιάζει συχνά.

Χορηγείται ανικανότητα μέχρις αφαιρέσεως αυτού.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... (σε προχωρημένο στάδιο) 40%

- Κακοήθεις όγκοι

Συνηθέστερα το μαλπιγγιακό καρκίνωμα, το λεμφοσάρκωμα με συνηθέστερη εντόπιση στο ρινοφάρυγγα. Η πρόγνωση είναι δυσμενής λόγω ταχείας μεταστάσεως στον εγκέφαλο.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 70-80%

5.6. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

Ο λάρυγγας κείται στη μέση γραμμή του τραχήλου. Εμπροσθεν ευρίσκεται αμέσως κάτωθεν του δέρματος και της τραχηλικής περιτονίας.

Λόγω της θέσεως του λάρυγγος (μεταξύ ανωτέρας και κατωτέρας αναπνευστικής οδού) και των βασικών του λειτουργιών (φώνηση - αναπνοή - προστασία πνευμόνων), οι παθήσεις και οι κακώσεις αυτού επιφέρουν σοβαρές διαταραχές των λειτουργιών και των οργάνων με τα οποία συνδέεται. Αποτέλεσμα είναι οι μεγάλου και ποικίλου βαθμού ανικανότητας.

Αυτονόητο είναι ότι στις παθήσεις του λάρυγγος που προκαλούν ή απολείπουν αλλοιώσεις της φωνής το ποσοστό αναπηρίας εκτιμάται ιδιαιτέρως στα επαγγέλματα που έχουν μικρή ή μεγάλη εξάρτηση εκ της ποιότητας της φωνής.

5.6.1. Στενώσεις λάρυγγος (συγγενείς, μετατραυματικές, μετά από εγκαύματα, και από νεοπλασίες)

Η στένωση του αυλού της γλωττίδας συνοδεύεται από ελαφρά μέχρι μεγάλου βαθμού δύσπνοια (ανάλογα με το βαθμό στένωσης) και βράγχος φωνής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι ανάλογη με το βαθμό στένωσης.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικρή στένωση του λάρυγγος με δυσφωνία 10-15%
- Στένωση με αφωνία χωρίς δύσπνοια 10-15%
- Στένωση με δύσπνοια μετά κόπωση 20-30%
- Στένωση με δύσπνοια έντονη επιβάλλουσα την απαγόρευση πάσης κοπώσεως 60-70%
- Στένωση με αφωνία και έντονη δύσπνοια 50-60%
- Τραχειοστομία με διατήρηση της φωνής 30%
- Τραχειοστομία με αδυναμία ομιλίας 40%

5.6.2. Μόνιμη τραχειοστομία

Η μόνιμη τραχειοστομία προκαλεί διαταραχή μέχρι απώλεια της ομιλίας αναγκάζοντας τον ασθενή στην εκμάθηση καινούργιου τρόπου ομιλίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 60-70%

5.6.3. Χρονία λαρυγγίτιδα - παχυλαρυγγίτιδα

- Χρονία λαρυγγίτιδα

Είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ευθύς εξαρχής χωρίς να προηγηθεί οξύ στάδιο λαρυγγίτιδας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

- Παχυλαρυγγίτιδα

Είναι υπερπλασία του επιθηλίου των γνησίων φωνητικών χορδών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι δεκτική βελτιώσεων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί μικρού βαθμού διαταραχής της αναπνοής 20-30%
- Επί μεγάλου βαθμού διαταραχής της αναπνοής και της φωνής 40-50%

5.6.4. Περιχονδρίτιδα

Είναι η φλεγμονή των χόνδρων και του περιχονδρίου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η δυσμενής εξέλιξη της παθήσεως αυτής μπορεί να προκαλέσει τήξη των χόνδρων του λάρυγγος με σοβαρές επιπλοκές.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-30%

5.6.5. Πολύποδας λάρυγγος

Είναι καλοήθης όγκος (ίνωμα, ινωμύξωμα) του βλεννογόνου του λάρυγγος με συχνότερη εντόπιση στις γνήσιες φωνητικές χορδές.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή με χειρουργική αφαίρεση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

5.6.6. Πολυπώδης εκφύλιση λάρυγγος

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εξαρτάται από την παρουσία βράγχους φωνής ή δύσπνοιας. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

5.6.7. Θήλωμα λάρυγγος

Εχει σημασία σε περίπτωση υποτροπής οπότε το ΠΑ εξαρτάται από το βαθμό στενώσεως και τη δύσπνοια που προκαλεί.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

5.6.8. Χόνδρωμα λάρυγγος

Προσβάλλει τον κρικοειδή χόνδρο του λάρυγγος.
Το ποσοστό εξαρτάται από την έκταση που καταλαμβάνει.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

5.6.9. Αμυλοείδωση λάρυγγος

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-15%

5.6.10. Αλλες παθήσεις (φυματίωση, σύφιλη, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κ.ά.)

Ο βαθμός της ανικανότητας σε όλες τις περιπτώσεις είναι ανάλογος της εκτάσεως των βλαβών, του επηρεασμού της αναπνευστικής λειτουργίας (ή ικανότητας) και της ομιλίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1) Επί μικρού βαθμού διαταραχής της ομιλίας και της αναπνευστικής λειτουργίας 10%
2) Επί μετρίου βαθμού διαταραχής της ομιλίας και της αναπνευστικής λειτουργίας 20%
3) Επί μεγάλου βαθμού διαταραχής της ομιλίας και της αναπνευστικής λειτουργίας 35-45%

5.6.11. Καρκίνος του λάρυγγος

Ο καρκίνος του λάρυγγος αποτελεί τον συχνότερο κακοήθη όγκο των ανωτέρων αναπνευστικών οδών και ποσοστό 2-3% του

συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων. Το μαλπιγγιακό καρκίνωμα αποτελεί τη συχνοτέρη (99%) κακοήθη νεοπλασία του λάρυγγος.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

(Τ1, Νο, Μο) όγκος περιορισμένος σε μία ανατομική περιοχή. Βράγχος φωνής.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιδέχεται χειρουργική θεραπεία (χορδεκτομή) ή ακτινοβολία. Ηλικία και επάγγελμα παίζουν ρόλο.

2ο Επίπεδο

(Τ2, Ν1, Μο) όγκος εκτεταμένος αλλά περιορισμένος σε μία ανατομική περιοχή. Βρόγχος φωνής, δύσπνοια, δυσκινησία, βήχας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή: Χειρουργική αφαίρεση (ημιλαρυγγεκτομή) με ή χωρίς ακτινοβολία.

3ο Επίπεδο

(Τ3, Ν2, Μο) όγκος επεκτεινόμενος και σε άλλες ανατομικές περιοχές, περιορισμένος όμως εντός του λάρυγγος, με ψηλαφητά λεμφογάγγλια αμφοτεροπλεύρως, μεγαλυτέρων των 3 εκ. Βράγχος φωνής, δύσπνοια, βήχας, δυσκαταποσία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αφαίρεση (ολική λαρυγγεκτομή). Ακτινοβολία χημειοθεραπεία. Παίζει ρόλο το επάγγελμα και η ηλικία (μετεγχειρητικώς).

4ο Επίπεδο

(Τ4, Ν3, Μ1) Ογκος επεκτεινόμενος εκτός των ορίων του λάρυγγος. Ανευρίσκονται καθηλωμένα λεμφαγάγγλια.
Ανευρίσκοτναι κλινικές ή ακτινογραφικές μεταστάσεις σε απομεμακρυσμένα όργανα. Βράγχος φωνής, δύσπνοια, δυσκαταποσία, συμπτώματα από άλλα όργανα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Δεν αποδίδει η χειρουργική επέμβαση. Χημειοθεραπεία. Ακτινοβολία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 70-80%

Οι κακοήθεις νεοπλασίες του λάρυγγος, όπως και των άλλων περιοχών αντιμετωπίζονται ως συστηματική νόσος με το ανώτερο ποσοστό αναπηρίας για 1-2 χρόνια. Μετά την εφαρμοσθείσα θεραπεία εκτιμάται η κατάσταση του πάσχοντος, η εντόπιση, ο βαθμός και το είδος των μεταβολών που έχουν προκύψει από τη θεραπεία (απώλεια λάρυγγος - στένωση, διατήρηση ή μη της φωνής κ.λπ.).

5.6.12. Μετεγχειρητικές καταστάσεις του λάρυγγος

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Χορδεκτομή 20%
- Καθήλωση φωνητικών χορδών 50%
- Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή 50-68%
- Ολική λαρυγγεκτομή 60-70%

5.6.13. Παράλυση λάρυγγος

- *Μονόπλευρη παράλυση λάρυγγος - φωνητικής χορδής*

Είναι πολλά τα αίτια που προκαλούν τις παραλύσεις όπως 1) μετά από θυρεοειδεκτομή, 2) όγκοι μεσοθωρακίου, 3) ιδιοπαθής παράλυση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-30%

- *Αμφοτερόπλευρη παράλυση λάρυγγος ή φωνητικών χορδών*

Συνήθως είναι ιατρογενείς μετά από θυρεοειδεκτομή.
Συμπτώματα: 1) δύσπνοια, 2) βράγχος φωνής, 3) εισρόφηση

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 40-50%

5.7. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΦΩΝΗΣ

Οι διαταραχές του λόγου και οι παθήσεις της φωνής συνεκτιμώνται με τον αιτιολογικό παράγοντα και την κοινωνική κατάσταση.

- *Αφασία.* Ο λόγος είναι το αποτέλεσμα της προσλήψεως-εντυπώσεων, της κατανόησης και επεξεργασίας αυτών και της εκφράσεώς των δια λέξεων. Η διαταραχή του λόγου προκαλεί ασφαλώς αναπηρία ανάλογα με την ηλικία, την κοινωνική θέση και το επάγγελμα του ατόμου (κεντρική βλάβη).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-30%

- *Δυσαρθρία* είναι η διαταραχή της άρθρωσης των λέξεων. (Η αναπηρία είναι ανάλογη με την κοινωνική και την επαγγελματική θέση του ατόμου).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-30%

- *Ψευδισμός.* Ο ασθενής δεν προφέρει ένα σύμφωνο ή αντικαθιστά τούτο δι' ετέρου. Δυνατόν η ανωμαλία να αφορά την παραγωγή του (σ), σχηματισμό του (ρ) (ρωτακισμός), ή άλλων συμφώνων. (Προκαλεί ένα μικρό βαθμό αναπηρίας ανάλογα με το επάγγελμα).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-30%

- *Λογόρροια* είναι η υπερταχεία ομιλία κατά την οποία ακρωτηριάζονται και παραμορφώνονται οι λέξεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5-15%

- *Τραυλισμός.* Ο τραυλισμός είναι η διαταραχή της ροής και του ρυθμού της ομιλίας. Η ανωμαλία αυτή δεν οφείλεται σε οργανική βλάβη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

6. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

6.1.1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

6.1.1. Μετεγχειρητικές καταστάσεις θυρεοειδούς ή παραθυρεοειδών

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Α. Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις, π.χ. για απλή βρογχοκήλη, θυρεοειδίτιδα, αδενώματα, κύστεις θυρεοειδούς, ή για υπερθυρεοειδισμό. Επίσης κατόπιν επεμβάσεων στους παραθυρεοειδείς, λόγω αδενώματος αυτών, ή λόγω συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής αδενωματώσεως (Wermer τύπος I, Sipple τύπος II) ως και δευτεροπαθούς ή/και τριτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

Β. Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις παθήσεις, π.χ. καρκίνωμα παραθυρεοειδών, καρκίνωμα θυρεοειδούς (υφίστανται πολλοί βαθμοί διαφοροποιήσεως έως αδιαφοροποίητο καρκίνωμα) και, τέλος, μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς με ή χωρίς συνύπαρξη συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής αδενωματώσεως τύπου I ή II.

Γ. Επίπεδα βαρύτητας βάσει κλινικών στοιχείων στις προαναφερθείσες νόσους, μολονότι δεν είναι περιφρονητέα, δεν ενδείκνυνται τόσο επίμονα όσο σε άλλες παθήσεις (ενίοτέ σχεδόν καθόλου) δεδομένου ότι κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι παρακλινικές - εργαστηριακές εξετάσεις. Ακόμη και σε ολοσχερή απουσία αιτιάσεων ή/και αντικειμενικών ευρημάτων ενδείκνυται σωρεία εργαστηριακών δοκιμασιών (ίσως τότε χρειάζονται ακόμη περισσότερο) για μία ορθή κρίση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Θυρεοειδεκτομή ή παραθυρεοειδεκτομή για καλοήθεις παθήσεις, με απουσία συνυπάρξεως πολλαπλής ενδοκρινωματώσεως και με ορμονολογικό - παρακλινικό έλεγχο αρνητικό για υποτροπή της αρχικής νόσου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως καλή έως άριστη εφόσον η αρχική νόσος δεν είχε ήδη

προκαλέσει βλάβη σε άλλα όργανα, π.χ. οφθαλμούς, καρδιά, οστά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για παθήσεις καλοήθεις μεν, πλην όμως ενέχουσες ποσοστό υποτροπής σαν κίνδυνο (π.χ. ν. Graves). Εργαστηριακά ευρήματα: κυρίως ορμονολογική εκτροπή υποδηλούσα υποτροπή, ενίοτε ευρήματα συμπιέσεως τραχείας - οισοφάγου ως επί θυρεοειδιτίδων (π.χ. ν. Riedel).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως καλή. Χρήζει όμως επισταμένης παρακολουθήσεως για τυχόν υποτροπή. Ο παράγων ηλικία και επάγγελμα δεν διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο, όσον δεν επινέμονται άλλα όργανα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

3ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για νόσους καλοήθεις, πλην όμως με συνύπαρξη επιπλοκών π.χ. από τους οφθαλμούς, ή τους νεφρούς, ή την καρδιά, ή τα οστά· ανάλογα με τη βαρύτητα αυτών θα κριθούν από τις επιμέρους ειδικότητες. Επίσης κατόπιν θυρεοειδεκτομής λόγω μυελοειδούς καρκινώματος εφόσον συνυπάρχει σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινωματώσεως (το αυτό κατόπιν παραθυρεοειδεκτομής) ανάλογα με τη βαρύτητα. Πλήρης έλεγχος, σε βαθμό ενίοτε εξονυχιστικό, όλως απαραίτητος· π.χ. πλήρης έλεγχος θυρεοειδούς ή παραθυρεοειδών, εκτεταμένος έλεγχος των λοιπών ζωτικών λειτουργιών (νεφρικής, καρδιακής, αναπνευστικής), της οράσεως και ενίοτε όλων των άλλων ενδοκρινών αδένων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ακρως επιφυλακτική στα πλείστα των περιστατικών αυτών. Ο παράγων ηλικία και επάγγελμα αποκτούν εδώ σημασία, επειδή η τέλική κρίση θα λάβει και τους ως άνω παράγοντες υπόψη της, ιδίως εάν πρόκειται για κάποιο βαρύ επάγγελμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%

για περιστατικά με ολίγες ή ελαφρές επιπλοκές από 50% έως και 80% για βαριές επιπλοκές, όπως π.χ. νεφρική ανεπάρκεια ή καρδιακή ανεπάρκεια βαρέος βαθμού.

4ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις όγκους θυρεοειδούς ή παραθυρεοειδών, εφόσον η επέμβαση ήταν πρόσφατη, ιδία εάν υπέστησαν βαρεία βλάβη οι παραθυρεοειδείς ή τα παλίνδρομα λαρυγγικά νεύρα. Επίσης εάν συνυπάρχουν από άλλα όργανα ή συστήματα οι ήδη προαναφερθείσες επιπλοκές ή εάν ήδη υφίστανται δευτερογενείς μεμακρυσμένες (ή μη) εντοπίσεις. Πλήρης έλεγχος για τη διαπίστωση υποτροπής της κακοήθειας ή της υπάρξεως μεταστάσεων ή για να τεκμηριωθεί τυχόν επιμονή μετεγχειρητικών επιπλοκών (π.χ. τετανία μη επαρκώς ελεγχόμενη δια της αγωγής). Ως προαναφέρθηκε, ενίοτε όργανα λίαν μεμακρυσμένα του θυρεοειδούς/παραθυρεοειδών θα ελεγχθούν, επειδή με την πάροδο του χρόνου η μη εμφάνιση υποτροπών του καρκίνου θα μειώσει το ποσοστό της αναπηρίας, βαθμηδόν, μέχρι και μηδενισμού αυτού.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σε πρόσφατες εγχειρήσεις προγνώσεις δεν θα γίνουν επειδή η βαρύτητα της αρχικής νόσου είναι ήδη αρκούντως βαριά. Με την πάροδο του χρόνου όμως και εφόσον τεκμήριο υποτροπών δεν υφίσταται το ποσοστό αναπηρίας αρχίζει να εκπίπτει ανά έτος περίπου μέχρι του τελικού μηδενισμού του, ιδία εάν τυχόν επισυμβάσες εγχειρητικές επιπλοκές βαθμηδόν εξαλείφονται έως ότου αποδράμουν ολοσχερώς. Μόνον η παρουσία επιπλοκών από την πρωτογενή νόσο θα ληφθούν τότε υπόψη (π.χ. έκπτωση νεφρικής λειτουργίας) και η τυχόν παρουσία των συνδρόμων Wermer ή Sipple.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80 έως >80%

άνευ βοηθείας αναλόγως της παρουσίας εγχειρητικών επιπλοκών ή μεταστάσεων ή συνυπάρξεως επιπλοκών από την πρωτογενή πάθηση.

Ομως μετά την πάροδο 2ετίας και εφόσον δεν τεκμηριούται υποτροπή

- Για το τρίτο έτος 67%
- Για το τέταρτο έτος 50%
- Για το πέμπτο έτος 35%

δέον όπως θεωρηθούν ικανοποιητικά (αργότερα θα εκπέσουν έτι περαιτέρω).

Δ. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο να μη γίνονται δεκτές οποιεσδήποτε διαβεβαιώσεις από τον οποιονδήποτε περί υπάρξεως καρκίνου εάν δεν υπάρχει η ιστολογική εξέταση εντός του φακέλου. Επίσης δεν έγινε εκτεταμένη αναφορά

στις ορμονολογικές ή τις άλλες προαναφερθείσες δοκιμασίες επειδή τα παραπεμπτικά που θα δοθούν θα αποτείνονται στους ειδικούς (ενδοκρινολόγους, νεφρολόγους, οφθαλμιάτρους) και αφετέρου επειδή οι γνώσεις των εξετάσεων τούτων είναι κοινό κτήμα των ιατρών και ευχερώς ανευρίσκονται στα ιατρικά συγγράμματα, τόσο της Χειρουργικής όσον και της Ενδοκρινολογίας.

6.1.2. Μετεγχειρητικές καταστάσεις οισοφάγου

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Α. Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις αυτού· π.χ. κρικοφαρυγγική αχαλασία, διάχυτο οισοφαγόσπασμο, γαστροοισοφαγική αχαλασία, εκκολπώματα οισοφάγου (παραοισοφαγικά ή επιφρενικά), διατρήσεις, διαβρωτικές οισοφαγίτιδες, κήλες οισοφαγείου τρήματος και καλοήθεις όγκους ως και οισοφάγο Barrett και λοιπές ανωμαλίες διαπλάσεως τούτου.

Β. Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις παθήσεις αυτού· π.χ. καρκίνωμα (σάρκωμα ή καρκινοσάρκωμα είναι σπανιώτερες μορφές κακοήθειας). Απαραιτήτως να επιβεβαιώνεται η διάγνωση με έκθεση ιστολογικής εξετάσεως.

Γ. Το επίπεδο βαρύτητας, πλην της συναρτήσεώς του προς την καλοήθεια ή κακοήθεια της πρωταρχικής παθήσεως, είναι επίσης συνηρτημένο και προς τη φύση της παθήσεως (έστω και εάν αυτή είναι καλοήθης). Γι'αυτό, κρίνεται ενίοτε απαραίτητη η επιτέλεση, πλην των γνωστών εξετάσεων (ακτινογραφιών οισοφάγου, ενδοσκοπήσεως), και άλλων, πλέον εξειδικευμένων εξετάσεων όπως η οισοφαγομανομετρία και η κινηματοακτινογραφία καθώς και αξονοτομογραφίες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κατόπιν επιτυχών εγχειρήσεων για καλοήθεις παθήσεις χωρίς προϋπαρξη ή συνύπαρξη νευρομυϊκών διαταραχών οισοφάγου, π.χ. κρικοφαρυγγική αχαλασία, παραοισοφαγικά εκκολπώματα, εγχειρητικώς αντιμετωπισθείσες ρήξεις οισοφάγου χωρίς επιπλοκές.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως άριστη. Το επάγγελμα και η ηλικία δεν επέχουν σημασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Κατόπιν επιτυχών επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις οι οποίες παρουσιάζουν επινέμηση του νευρομυϊκού χιτώνα· π.χ. αχαλασία γαστροοισοφαγική, διάχυτο οισοφαγόσπασμο, οισοφαγικές εκδηλώσεις του σκληροδέρματος ή της δερματομυοσίτιδας, σε βαρεία μυασθένεια.

Ο συνήθης ή έστω και ο πλέον εξειδικευμένος εργαστηριακός έλεγχος του οισοφάγου δέον όπως συμπληρώνεται ενίοτε από περαιτέρω πλέον εκτεταμένο έλεγχο του νευρικού συστήματος ή και βιοψία δέρματος προς επιβεβαίωση συστηματικής νόσου με επινέμηση του οισοφάγου.

Αυξημένος παραμένει ο κίνδυνος επανόδου της αρχικής συμπτωματολογίας κατόπιν επιτυχούς επεμβάσεως, ιδία όταν συνυπάρχει συστηματική νόσος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως καλή, έως λίαν καλή. Η ηλικία και το επάγγελμα διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο ιδία σε επιμονή δυσφαγικών ή άλλων συμπτωμάτων σε άτομα ηλικιωμένα ή της μέσης ηλικίας, με συνύπαρξη συστηματικής νόσου όπου, πλην της αναπηρίας της γενικευμένης νόσου, συνυπάρχει ο κίνδυνος μελλοντικής υποτροπής των συμπτωμάτων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-35%

όταν η επιτυχία, εκτός από εγχειρητική, είναι συνάμα ταυτόσημη και με την έννοια της ιάσεως. Εάν όμως τα εργαστηριακά και κλινικά ευρήματα συνηγορούν υπέρ μερικής μόνον επιτυχίας εγχειρητικής το Π.Α. τότε είναι 50% έως 67%.

3ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις παθήσεις ή για παθήσεις καλοήθεις μεν, πλην όμως με αποδεδειγμένη απουσία επιτυχούς εγχειρητικής αντιμετωπίσεως. Επίσης σε νόσους συστηματικές όπου η επινέμηση του οισοφάγου είναι λίαν εκτεταμένη και βαριά, ως και επί μεταστάσεων λόγω καρκίνου οισοφάγου, επί υποτροπής αυτού ή λόγω καρκινωματώδους επινεμήσεως παρακείμενων ζωτικών οργάνων. Τέλος, επί εκτεταμένων γαστροοισοφαγεκτομών, μετά ή άνευ μεταθέσεως τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα ενδοθωρακικώς, δυνατόν να συνυπάρχουν διαταραχές κυμαινόμενες μέχρι και βαριάς καταστάσεως δυσαπορροφήσεως. Γι' αυτό ο έλεγχος, πλην των ήδη προαναφερθέντων, ενίοτε απαιτεί νοσηλεία σε εξειδικευμένη κλινική νοσοκομείου,

διενέργεια αξοτονοτομογραφιών τόσο του θώρακα - τραχήλου όσο και της κοιλίας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρύτατη για τα καρκινώματα. Τουλάχιστον για τα πρώτα τρία έτη το ποσοστό αναπηρίας 80% θα δοθεί χωρίς επιφύλαξη.
Επί μεταστάσεων ή επινεμήσεως γειτνιαζόντων οργάνων δεν νοείται μείωση του Π.Α. Αυτονόητο ότι σε απουσία υποτροπών ή μεταστάσεων το Π.Α. βαθμηδόν θα εκπίπτει μέχρι μηδενισμού του. Στα υπόλοιπα περιστατικά, το Π.Α. θα κρίνεται ανά έτος αφού γίνει πλήρης έλεγχος οισοφάγου, ως και συστηματικός έλεγχος ολόκληρου του οργανισμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........80 έως >80%
άνευ βοήθειας ιδία εάν συνυπάρχουν μεταστάσεις. Μετά την τριετία στην απουσία υποτροπών, το Π.Α.=67% για ένα έτος, Π.Α.=50% για το επόμενο έτος και Π.Α.=35% για το μεθεπόμενο έτος. Για τις λοιπές (καλοήθεις) παθήσεις το Π.Α. θα προσαρμόζεται ετησίως βάσει των πορισμάτων του ελέγχου, με προοπτική, βελτιουμένης της καταστάσεως, να εκπέσει το Π.Α. σε 67% ή 50% ή και 35%.

6.1.3. Μετεγχειρητικές καταστάσεις στομάχου

1) Γαστρεκτομή ευρεία: Εκτομή πυλωρού - άντρου και τμήματος του σώματος, καλώς λειτουργούσα.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........15%

2) Γαστρεκτομή υφολική: Εκτομή πυλωρού - άντρου και μεγάλου μέρους του σώματος του στομάχου.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........40-50%

3) Γαστρεκτομή ολική: Μετά συναφαιρέσεως και άλλων οργάνων με αδυναμία λήψεως ικανοποιητικού γεύματος - αναγωγή - αναιμία - διάρροια - προϊούσα καχεξία.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67%
Απαραίτητος ετήσιος επανέλεγχος.

4) Μετεγχειρητικά ενοχλήματα μετά από επεμβάσεις στηρίξεως στομάχου επί του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος και ανάρτηση στομάχου δια του στρογγύλου συνδέσμου - Γαστροπηξία - Διαμερισματοποίηση.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........10-20%

5) Μετεγχειρητικά γαστρικά, γαστροενστιδοκολικά συρίγγια,

ως επιπλοκή γαστρεντεροαναστομώσεως (ΓΕΑ) αποτελούν βαριά επιπλοκή δατρήσεως πεπτικού έλκους μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, για μικρό χρονικό διάστημα και αναθεώρηση.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........30-40%

6) Αναιμίες μετά γαστρεκτομή αναλόγως της ευρύτητας της γαστρεκτομής α) υπόχρωμη σιδηροπενική, β) από διαταραχή θρέψεως, γ) μεγαλοβλαστική ή μεγαλοκυτταρική και εφόσον συνυπάρχουν και νευρολογικά συμπτώματα, το ποσοστό ανέρχεται αναλόγως.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........20-40%

7) Σύνδρομο Dumping ή μηχανικό σύνδρομο: Βαριά μετεγχειρητική επιπλοκή επί ασθενών υποβληθέντων κυρίως σε ολική γαστρεκτομή αλλά και σπανιότερα σε άλλους τύπους γαστρεκτομής και ΓΕΑ.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DUMPING

1ο Επίπεδο

Δυσάρεστο αίσθημα μετά το φαγητό -επίμονες ερυγές- ναυτία - ταχυκαρδία - ψυχροί ιδρώτες - και ανακούφιση μόνο μετά την κατάκλιση. Διάρκεια προσβολής 30'- 40'. Περίοδος διαρκείας του συνδρόμου 2 έτη και πλέον. Αναλόγως της εντάσεως του συνδρόμου, της συχνότητας εμφανίσεως και της απηχήσεως της γενικής καταστάσεως.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........40%

2ο Επίπεδο

Διαρκούντος του γεύματος ή περί του τέλους αυτού, ο ασθενής καταλαμβάνεται από ναυτία, ψυχρούς ιδρώτες, μεγάλη μυϊκή αδυναμία, βορβορυγμούς του εντέρου και εμέτους. Ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πιέσεως και ανάγκη αμέσου κατακλίσεως. Τα ενοχλήματα του συνδρόμου παρέρχονται εντός 3-5 ετών. Ενα μικρό ποσοστό ασθενών που παρουσίασαν το σύνδρομο μετά γαστρεκτομή, περίπου 18%, καταλήγουν στην αναγκαιότητα νέας εγχειρήσεως.
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........50%
Απαραίτητος ετήσιος επανέλεγχος.

8) Σύνδρομο χημικό: Ονομάζεται και υπογλυκαιμικό σύνδρομο. Χαρακτηρίζεται από αδυναμία, κάματο, άγχος, ταχυσφυγμία,

ψυχρούς ιδρώτες εμφανιζόμενο συνήθως 2-4 ώρες μετά το γεύμα και παρέρχεται με τη λήψη τροφής. Θεραπεύεται αφεαυτού μετά πάροδο 2-5 ετών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....20-25%

9) Σύνδρομο αδυναμίας και απώλειας βάρους: Εκδηλώνεται μετά λανθάνουσα περίοδο 8-12 μηνών και χαρακτηρίζεται από συνεχή και επίμονη απώλεια βάρους μέχρι και πέραν του 20% του ολικού βάρους.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....30%

6.1.4. Μετεγχειρητικές καταστάσεις λεπτού εντέρου

Εντερεκτομή: Εκτελείται όταν το λεπτό έντερο υποστεί μετατραυματική κάκωση με το αντίστοιχο τμήμα του μεσεντερίου, για έμφραγμα του μεσεντερίου, τοπική ειλεΐτιδα, συρίγγια, στενώσεις συγγενείς ή επίκτητες, γάγγραινα, εκκολπωματίτιδα, μεκέλειο απόφυση, νόσο του Hirschsprung. Η εντερεκτομή μπορεί να είναι υψηλή - νήστιδας, χαμηλή - ειλεού, και εκτεταμένη. Τα επίπεδα βαρύτητας καθορίζονται από την έκταση της εντερεκτομής. Εκτομή του 1/3 του λεπτού εντέρου είναι άνευ σημασίας για την επιβίωση. Η εκτομή 1/2, δηλαδή 330 περίπου εκατοστά, είναι το μέγιστο να εκτμηθεί άνευ σοβαρού κινδύνου και η εκτομή πέραν του 80% του λεπτού εντέρου, δηλαδή πλέον των 500 εκατοστών, είναι ασυμβίβαστη με τη ζωή.

1) Εκτομή λεπτού εντέρου 3 μέτρων περίπου με επακόλουθο βαριά καχεξία λόγω πλημμελούς απορροφήσεως πρωτεϊνών, λιπών και διαταραχών των ηλεκτρολυτών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....70%

2) Μεγαδωδεκαδάκτυλο: Ασυνήθης μεγέθυνση και διάταση του δωδεκαδακτύλου με συμπτωματολογία εκείνης του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Μετά γενομένη εγχείρηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....10-15%

3) Εκκολπώματα 12/δακτύλου: Μόνο εφόσον εμφανίσουν επιπλοκές - εξέλκωση - αιμορραγία και φλεγμονώδη διήθηση και υποστούν ανάλογη χειρουργική θεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....10-15%

4) Στενώσεις 12/δακτύλου: Συγγενείς ή επίκτητοι, δυσκινησία ή ατονία του 12/δακτύλου μετά από εγχείρηση χωρίς επιπλοκές από τα χοληφόρα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....20-25%

5) Γαστροδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο: Σπάνια, αλλά, βαριά επιπλοκή της γαστρεκτομής Billroth II - Ρήξη κολοβώματος (θεωρείται ως μόνη αιτία η κακή τεχνική). Χαρακτηρίζεται από διάβρωση του δέρματος της περιοχής εξόδου του συριγγίου, προκαλούσα έντονο αιμάσουσα ερυθρότητα πολύ ενοχλητική για τον ασθενή. Μέχρι οριστικής χειρουργικής αποκαταστάσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....50-60%

Μετά την αποκατάσταση....15%

6) Μόνιμος νηστιδοστομία: Οταν δεν υπάρχει πιθανότητα μελλοντικής αποκαταστάσεως του πεπτικού σωλήνα με γενική επίδραση στον οργανισμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....70%

7) Μόνιμος ειλεοστομία: Οταν δεν είναι εφικτή η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα, καλώς λειτουργούσα χωρίς επιπλοκές. Σε βαριά καχεξία με υπολευκωματαιμία το προτεινόμενο ποσοστό αναπηρίας αυξάνεται αναλόγως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....50%

6.1.5. Μετεγχειρητικές καταστάσεις παχέος εντέρου

Α. Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις (ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, εκκολπωμάτωση και εκκολπωματίτιδα του παχέος εντέρου, σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Peutz - Jeghers). Καλοήθη νεοπλάσματα (λιπώματα, αιμαγγειώματα, αδενωματώδεις πολύποδες).

Β. Επεμβάσεις για κακοήθεις παθήσεις (καρκίνος παχέος εντέρου, σάρκωμα, λειομυοσάρκωμα).

Γ. Επίπεδα βαρύτητας βάσει κλινικής εικόνας - παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων π.χ. απίσχναση βαριά από την κλινική εικόνα, ως και διαρροϊκές κενώσεις, αναιμία. Εκ του εργαστηρίου : παρουσία αίματος στις κενώσεις, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπολευκωματαιμία.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Εκτομή τμήματος του παχέος εντέρου για καλοήθεις παθήσεις.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Εκτομή μεγάλου τμήματος του παχέος εντέρου (0-30%) ή και υφολική εκτομή (35-50%) λόγω καλοήθων παθήσεων (εκκολπωμάτωση, πολύποδες, ελκώδης κολίτιδα κ.λπ.). Ανάλογα με τη κλινική εικόνα· π.χ. σύνδρομο δυσαπορροφήσεως, βαριά απίσχναση, αναιμία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%
για ένα χρόνο και επανεξέταση.

3ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις μετά επιπλοκών (διάρροιες, συρίγγια, μόνιμη ή παροδική κολοστομία), ή Kock θύλακος. Κλινική εικόνα ασθενούς.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50-67%
Μόνιμος κολοστομία 67%

4ο Επίπεδο

Επεμβάσεις για κακοήθεις όγκους (με μεταστάσεις - χωρίς μεταστάσεις, με προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία και με άλλες επιπλοκές). Και αναλόγως με την κλινική εικόνα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%
Κατόπιν προσφάτου εγχειρήσεως για καρκίνο του παχέος εντέρου.
Π.Α. 80% και για πρόσφατη προσωρινή κολοστομία για καρκίνο παχέος εντέρου για τα πρώτα δύο έτη. Κατόπιν ανά έτος επανεξέταση· εφόσον αρνητική για υποτροπές ή επιπλοκές οδηγεί σε βαθμιαία πτώση στο 50-67% το τρίτο έτος, στο 50% το τέταρτο έτος και 35% το 5ο έτος.

Ανά έτος επανεκτίμηση.

6.1.6. Μετεγχειρητικές καταστάσεις παγκρέατος

Συγγενείς ανωμαλίες του παγκρέατος

α) Ανωμαλίες παγκρεατικού πόρου
β) Διπλούν πάγκρεας
γ) Εκτοπο πάγκρεας σε στόμαχο, 12/δάκτυλο, νήστιδα
δ) Δακτυλιοειδές πάγκρεας εφόσον δεν έχει δημιουργήσει σημεία χρονίας αποφράξεως και ικτέρου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

Κυστικοί όγκοι του παγκρέατος

α) Αληθείς κύστεις με βραδεία εξέλιξη χωρίς επιπλοκές.
➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

β) Ψευδοκύστεις: Μετατραυματικές ή μετανεκρωτικές χαρακτηριζόμενες από την έλλειψη ιδίου τοιχώματος και εφόσον δεν εμφανίσουν - υποβαλλόμενες σε εγχειρητική θεραπεία - παγκρεατικό συρίγγιο.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 20-30% [1 έτος] Επανεξέταση

Παγκρεατικό συρίγγιο

Αποτελεί μετεγχειρητική επιπλοκή, α) μετά γαστρεκτομή, β) μετά παροχέτευση οξείας παγκρεατίτιδας, γ) μετά από κοιλιακό τραύμα, δ) μετά από εγχείρηση κύστεως ή όγκου του παγκρέατος, ε) μετά από σπληνεκτομή. Το 50% των παγκρεατικών συριγγίων ιώνται αυτομάτως σε διάστημα 1-2 ετών.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρά διαβρωτική εξεργασία του δέρματος. Εκροή παγκρεατικών υγρών μικράς σχετικώς ποσότητας (100-200 κ.εκ./24ωρο). Γίνεται σχετικώς εύκολα ανεκτό.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-30%

2ο Επίπεδο

Μεγάλη διαβρωτική εξεργασία της περιοχής εξόδου του συριγγίου. Εκκριση πέραν των 300 κ.εκ. Επηρεασμός της γενικής καταστάσεως. Αυτά έχουν κυρίως αιτιολογία τη 12/δακτυλοπαγκρεατεκτομή. Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30-60%

Παγκρεατεκτομή

Εκτελείται ώς 12/δακτυλοπαγκρεατεκτομή λόγω καρκίνου κεφαλής παγκρέατος, λόγω καρκίνου φύματος του Vater, της ληκύθου και ολική παγκρεατεκτομή αναλόγως των εμφανιζομένων μετά την εγχείρηση επιπλοκών.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................67-80% και ανά έτος επανεκτίμηση.

6.1.7. Μετεγχειρητικές καταστάσεις σπληνός

Οι παθήσεις του σπληνός που χρήζουν χειρουργικής επεμβάσεως (σπληνεκτομή) συνήθως είναι οι ακόλουθες:

1) Μορφές υπερσπληνισμού
2) Κακώσεις σπληνός
3) Ανευρύσματα σπληνικής αρτηρίας
4) Νεοπλασματικές και κυστικές νόσοι και αποστήματα.

Η βαρύτητα της νόσου εξαρτάται από την αιτία που οδήγησε στην επέμβαση της σπληνεκτομής.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Σπληνεκτομή λόγω αποστήματος του σπληνός, ή λόγω ρήξεως αυτού κατόπιν κακώσεως ή λόγω κυστικών ανευρυσμάτων της σπληνικής αρτηρίας. Επίσης επί σπληνεκτομής λόγω καλοήθων όγκων ή λόγω θρομβώσεως της σπληνικής φλέβας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως καλή έως αρίστη.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................0-10%

2ο Επίπεδο

Σπληνεκτομή λόγω συγγενούς σφαιροκυτταρώσεως, ή λόγω πρωτοπαθούς υπερσπληνισμού αναλόγως της μετεγχειρητικής πορείας τεκμαιρόμενη και από πλήρη εργαστηριακό έλεγχο (κυρίως αιματολογικό).

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......35-50% [1 έτος] Επανεξέταση ανά έτος

3ο Επίπεδο

Σπληνεκτομή λόγω μυελοειδούς μεταπλασίας, ή λόγω λεμφώματος ή σαρκώματος του σπληνός ή επί πυλαίας υπερτάσεως λόγω κιρρώσεως. Πρόγνωση από επιφυλακτική έως κακή, χρήζει ανά έτος ελέγχου (κυρίως αιματολογικού) πλήρους κλινικοεργαστηριακού.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... 67-80% [2 έτη] Επανεξέταση ανά έτος

Νόσοι σπληνός που έχουν άμεση σχέση με την ειδικότητα της Αιματολογίας θα αναζητηθούν στο κατάλληλο προς αυτό κεφάλαιο (Κεφ. 1.1.2.).

6.1.8. Μετεγχειρητικές καταστάσεις ήπατος - χοληφόρων

Α. Καλοήθεις παθήσεις π.χ. τραυματισμοί, κύστεις, αδενώματα, αποστήματα, αιμαγγειώματα ήπατος. Από τα χοληφόρα λιθίαση χοληδόχου κύστεως ή χοληφόρων οδών, χρόνια ή οξεία χολοκυστίτιδα, χολαγγειΐτιδα, στένωση χοληφόρων, νόσος του Caroli, σκληρυντική χολαγγειΐτιδα και καλοήθεις όγκοι χοληφόρων. Επίσης κίρρωση ήπατος και πυλαία υπέρταση.

Β. Κακοήθεις παθήσεις π.χ. καρκίνωμα χοληδόχου κύστεως ή χοληφόρων οδών, μεταστατικά καρκινώματα ήπατος ή και πρωτογενή καρκινώματα αυτού. Απαραιτήτως να ζητείται η προσκομιδή επισήμου ιστολογικής εξετάσεως.

Γ. Κρίση όσον αφορά τα επίπεδα της νόσου θα θεωρηθεί ολοκληρωμένη όταν στην κλινική εικόνα (ίκτερος, πυρετός, ηπατο- ή σπληνομεγαλία, ιστορικό κιρσορραγιών οισοφάγου, παρουσία ασκίτη) προστεθεί απαραιτήτως ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος.

Πλην των ηπατικών βιοχημικών δοκιμασιών, απλών ακτινογραφιών, υπερηχογραφημάτων, αξονικών τομογραφιών ενίοτε αναγκαία κρίνεται η διενέργεια πλέον εξειδικευμένων δοκιμασιών, όπως π.χ. ενδοφλέβια χολαγγειογραφία, ενδοσκόπηση οισοφάγου, σπινθηρογραφικός έλεγχος, ή ακόμη και εισαγωγή σε ειδικευμένη μονάδα μεγάλου νοσοκομείου.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Καλοήθεις παθήσεις όπου η εγχείρηση κατά τεκμήριο αποτελεί και ίαση της νόσου, π.χ. λιθίαση χοληδόχου κύστεως, τραυματισμοί.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αριστη υπό την προϋπόθεση ότι δεν υφίστανται μετεγχειρητικές επιπλοκές.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..0-15%

2ο Επίπεδο

Καλοήθεις παθήσεις, όπου όμως η επέμβαση δεν έχει επιφέρει πάντοτε ίαση (π.χ. εχινόκοκκος κύστη ήπατος, μετεγχειρητική στένωση χοληφόρων) πλην μόνο μεγάλη βελτίωση, ή τουλάχιστον η παρουσία επιπλοκών (π.χ. συριγγίων) αναμένεται να διαρκέσει πλέον του εξαμήνου. Επίσης σε ιστολογικές διαγνώσεις αρχομένης ινώσεως ήπατος, άνευ στοιχείων κιρρώσεως. Αξίζει να σημειωθεί ότι "διαγνώσεις" υπερηχογραφικές κιρρώσεως δεν έχουν καμία αξία, εάν ελλείπει η ιστολογική. Ο έλεγχος σε αυτή την κατηγορία δέον όπως είναι πλήρης ιδία σε αμφιλεγόμενες διαγνώσεις· εν ανάγκη σε νοσοκομείο να γίνει κατόπιν εισαγωγής ο έλεγχος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική λόγω υψηλού βαθμού υποψίας περί μη πλήρους ιάσεως ακόμη και όταν όλα τα τεκμήρια καταδεικνύουν απουσία προβλημάτων. Το επάγγελμα και η ηλικία θα επηρεάσουν την τελική κρίση εν μέρει μόνο. Είναι σκόπιμος στα αρχικά έτη μετά την εγχείρηση ο έλεγχος ανά 12μηνο ώστε το Π.Α. να υφίσταται τις απαραίτητες αυξήσεις (σε περίπτωση επιδεινώσεως) ή να μειούται σε απουσία επιπλοκών ή μακρόχρονη απουσία υποτροπών μέχρι και μηδενισμού του.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..20-50%
για το πρώτο έτος με ετήσιο έλεγχο έκτοτε και ανάλογη προσαρμογή του Π.Α. ως ήδη έχει αναφερθεί.

3ο Επίπεδο

Καλοήθεις παθήσεις, όπου όμως αναμένεται σχεδόν μετά βεβαιότητας η επανεμφάνιση του αρχικού προβλήματος ή όπου η τυχόν εγχείρηση δεν επείχε τον χαρακτήρα οριστικής λύσεως των προβλημάτων (λόγω της φύσεως της νόσου)· π.χ. σε κίρρωση αντιρροπούμενη διαγνωσθείσα στη διάρκεια λαπαροτομίας, σε σκληρυντική χολαγγειΐτιδα, σε υποτροπιάζουσα πυογόνο χολαγγειοηπατίτιδα, ιδιαίτερα εάν απο το πρακτικό της εγχειρήσεως διαφαίνεται το ανακουφιστικό και μόνο της επεμβάσεως. Επίσης όταν ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος καταδεικνύει επηρεασμό της βιολογίας του ήπατος/χοληφόρων, όταν τυχόν συρίγγια παραμένουν άνευ συγκλείσεως επί μακρό χρονικό διάστημα ή όταν π.χ. τεκμηριωθεί υποτροπή εχινοκόκκων κύστεων. Και εδώ ο πλήρης έλεγχος απαραίτητος, στην ανάγκη κατόπιν νοσηλείας σε νοσοκομείο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιβεβαρημένη. Σε πολλές περιπτώσεις θα υπάρξει διαφορετική πορεία καταστάσεως έστω και μεταξύ ομοίων περιστατικών, εξ ου και η ανάγκη συχνού ανά έτος ελέγχου ώστε το Π.Α. να προσαρμοσθεί καταλλήλως. Ιδία επί βαρέων επαγγελμάτων θα ληφθεί σοβαρά υπόψη η παρουσία δυσίατων πυορροούντων συριγγίων, επιμονή υποτροπών ικτέρου ή πυρετού κ.λπ. Μολονότι δεν αποκλείονται περιπτώσεις βελτιώσεως, δεν αναμένονται συνήθως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..50-67%

4ο Επίπεδο

Κακοήθεις παθήσεις ήπατος - χοληφόρων. Επίσης οι καλοήθεις εκείνες παθήσεις όπου η προκεχωρημένη βλάβη του ήπατος (ή/και της πυλαίας κυκλοφορίας) τις κατατάσσει στο επίπεδο αυτό· π.χ. κίρρωση ήπατος με πυλαία υπέρταση, με ή χωρίς κιρσορραγίες από τον οισοφάγο, ίκτερο, ασκίτη κ.λπ. Ολως βαρύνουσα σημασία επέχει η τεκμηρίωση μέσω ιστολογικής εξετάσεως, επιβοηθούμενη υπό ολοκληρωμένου ελέγχου, π.χ. οισοφαγοσκοπήσεως, κυτταρολογικής ασκιτικού υγρού, χολαγγειογραφιών (ενίοτε), βιοχημικού ελέγχου, υπερηχογραφημάτων ή/και αξονικών τομογραφιών. Επίσης το ιστορικό τυχόν νοσηλειών, π.χ. για ηπατική εγκεφαλοπάθεια, θα λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία έως βαρύτατη και σπανίως ή/και ουδόλως αναστρέψιμη πορεία. Εδώ, το κριτήριο της ηλικίας και του επαγγέλματος δεν έχει συνήθως την παραμικρή σημασία. Αντίθετα, τυχόν μεταστάσεις στον εγκέφαλο από κακοήθη νεοπλασία θα προσαρμόσουν το Π.Α. σε ακόμη υψηλότερα επίπεδα, ενίοτε άνω 80% και χρήζει βοήθειας, εάν δεν αυτοεξυπηρετείται.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..80 έως άνω 80%
και δε χρήζει βοήθειας, αναλόγως του βαθμού βαρύτητας, τυχόν εγκεφαλοπάθειας υποχρεώνουσα τον πάσχοντα να νοσηλευθεί

από καιρού εις καιρόν.
Αυτονόητο ότι επί αδυναμίας αυτοεξυπηρετήσεως λόγω εγκεφαλικών μεταστάσεων το Π.Α. = άνω 80% και χρήζει βοηθείας.

6.1.9. Μετεγχειρητικές καταστάσεις υδροκήλης - κιρσοκήλης - ομφαλοκήλης

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Επιτυχής επέμβαση άνευ υποτροπών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αριστη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ......0-5%

2ο Επίπεδο

Σε περίπτωση υποτροπής (της ομφαλοκήλης, επειδή δεν αναμένεται υποτροπή υδροκήλης μετά από επιτυχή επέμβαση) ιδία επί μεγέθους κήλης (άνω των 8 x 8 cm). Επίσης ο βαθμός του αναξιμου ή μη της κήλης, το επώδυνο ή ανώδυνο αυτής, η παρουσία εκ του υπερκειμένου δέρματος στοιχείων φλεγμονής ή λεπτύνσεως αυτού είναι παράγοντες που θα ληφθούν υπόψη στην τελική διαμόρφωση της κρίσεως. Επιπλέον, θα ληφθεί υπόψη η επί σειρά ετών άρνηση του ασφαλισμένου να προβεί σε διορθωτική επέμβαση της υποτροπής, ως παράγων μονιμότητας της καταστάσεώς του.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Ακόμη και εάν γίνει κάποια δεύτερη "επιτυχής" επέμβαση, ή και τρίτη επέμβαση, οι πιθανότητες να υποτροπιάσει η κήλη είναι πολύ αυξημένες, ώστε μετά την τρίτη (ή έστω και τη δεύτερη) επέμβαση να τίθεται επί υποτροπής το ερώτημα εάν έχει πλέον μονιμοποιηθεί η αναπηρία, ιδιαίτερα σε βαρέα επαγγέλματα ή πολύ εξασθενημένα και γεγηρακότα άτομα, ή η κήλη ευμεγέθης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εφόσον δεν προβαίνει σε επέμβαση διορθωτική ο ασφαλισμένος (με ετήσιο επανέλεγχο)......35%
- Εάν έχει υποστεί επιτυχή επέμβαση της υποτροπής......20-30%
- Επί επανειλημμένων υποτροπών της αυτής κήλης, ιδιαίτερα εάν αυτή είναι ευμεγέθης......50%

6.1.10. Βουβωνοκήλη

Η προβολή σάκου κατερχομένου κατά μήκος και εντός του βουβωνικού πόρου και η προβολή τούτου δια του έξω κοιλιακού στομίου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Βουβωνοκήλη μετρίου μεγέθους......5%
- Βουβωνοκήλη μετρίου μεγέθους άμφω......10%
- Βουβωνοκήλη μεγάλου μεγέθους κατερχομένη στο όσχεο (οσχεοκήλη)......10%
- Βουβωνοκήλη υπερμεγέθης δυσκόλως ανατασσομένη......20%
- Βουβωνοκήλη υπερμεγέθης μη ανατασσομένη......30%
- Κήλη της λευκής γραμμής ή επιγαστρική κήλη......5-15%
- Μηροκήλη ετερόπλευρος......10%
- Μηροκήλη αμφοτερόπλευρος ανατασσομένη......25%

Τα ανωτέρω ποσοστά είναι κατευθυντήρια ποσοστά και δεν έχουν λάβει υπόψη το επάγγελμα· π.χ. εάν η περίπτωση (δ) αφορά οικοδόμο το ποσοστό μπορεί να ανέρχεται και μέχρι 50%.

6.1.11. Κοιλιοκήλη

Η ασυμπτωματική διάσπαση των βαθυτέρων στρωμάτων ραφής του κοιλιακού τραύματος. Καλώς γενομένη οποιαδήποτε εγχείρηση κοιλιοκήλης δεν προσμετρά ποσοστό αναπηρίας. Σε περίπτωση υποτροπής της κοιλιοκήλης, σε επανειλημμένες προσπάθειες αποκαταστάσεως, σε χρόνια νοσήματα (καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια), ψυχικά νοσήματα ή σε άτομα μη συναινούντα στην εγχείρηση το Π.Α. έχει ως εξής:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Διάσταση ορθών κοιλιακών μυών αναλόγως του μεγέθους της διαστάσεως......5-15%
- Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη αναλόγως του μήκους και του πλάτους της διαστάσεως (6-8 εκατ. περίπου) και της καταστάσεως των κοιλιακών τοιχωμάτων......10-25%
- Μεγάλη μετεγχειρητική κοιλιοκήλη με περιεχόμενο σπλάγχνο χειρουργηθείσα άπαξ......20-30% [1 έτος]
- Υποτροπή μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης ευμεγέθους, χειρουργηθείσα πολλές φορές με περιεχόμενο στο σάκο σπλάγχνου και μετά ανεπιτυχή τοποθέτηση πλέγματος......50%

- Κήλη σπιγγελείου γραμμής 5-10%
- Οσφυϊκή κήλη 5-10%
- Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη από επεμβάσεις στο νεφρό 10-20%
- Κρεμάμενη κοιλία: Εκσεσημασμένη επί παχυσάρκων ατόμων υπερλίπωση του υπογαστρίου. Η διάταση του δέρματος φθάνει μέχρι των γονάτων. Εφόσον δεν αποδεχθεί την εγχείρηση 35%

6.1.12. Διάφορες επιπλοκές από το γαστρεντερικό ως και ορισμένες παθήσεις μη ευχερώς κατατασσόμενες σε ένα και μόνο όργανο

1) Μετακτινική εντεροπάθεια (άνευ συνυπάρξεως καρκίνου), καρκινοειδές σύνδρομο, συγγενής πολύπωση (σύνδρομο Gardner), σύνδρομο Zollinger-Ellison (γαστρίνωμα), γλυκαγονώματα, ινσουλίνωμα και παγκρεατική χολέρα (WDHA σύνδρομο) αποτελούν μερικά μόνο παραδείγματα τέτοιων παθήσεων ή/και των εξ αυτών μετεγχειρητικών καταστάσεων.
2) Μερικές από αυτές είναι καλοήθεις αφεαυτών, πλην όμως βαρύτατης προγνώσεως (π.χ. προχωρημένο στάδιο μετακτινικής εντεροπάθειας). Αλλες από αυτές δυνατόν να εμφανισθούν άλλοτε μεν ως καλοήθη αδενώματα άλλοτε δε ως κακοήθεις όγκοι (π.χ. σωματοστατινώματα, ινσουλινώματα, γαστρινώματα, κ.λπ.). Αλλη κατηγορία (π.χ. σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Turcot, συγγενής πολύπωση του εντέρου) παρουσιάζουν τον διαρκώς υποβόσκοντα κίνδυνο εξαλλαγής ενός ή περισσοτέρων πολυπόδων προς κακοήθεια ή ακόμη και τη συνύπαρξη πολλαπλών κακοήθως εξαλλαγέντων πολυπόδων μέσα σε ένα πλήθος καλοήθων πολυπόδων.
3) Στην κατηγορία αυτή οι επεμβάσεις κυμαίνονται από βαριές έως βαρύτατες, η δε αποτελεσματικότητά τους τίθεται ενίοτε εν αμφιβόλω. (Σπανίως οι επεμβάσεις τυγχάνουν ελαφρού βαθμού).
4) Επίσης, στην ως άνω κατηγορία, πλην των κλασικών τεκμηρίων που θα προσκομισθούν (ιστολογική εξέταση, ενδοσκοπικά ευρήματα, ακτινολογικός ή αρτηριογραφικός έλεγχος, κ.λπ.) ενίοτε κρίνεται απαραίτητη η παραπομπή υπό της Επιτροπής σε εξειδικευμένη κλινική νοσοκομείου για ορμονολογικό έλεγχο (γαστρινώματα, ινσουλινώματα, γλυκαγονώματα κ.λπ., μετά ή άνευ πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου I ή II), αξονοτομογραφικός έλεγχος.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Επιτυχής επέμβαση αφαιρέσεως ενός και μοναδικού όγκου που παράγει γλυκαγόνο (ή ινσουλίνη ή γαστρίνη). Επίσης, επιτυχής επέμβαση για μετακτινική εντεροπάθεια ελαφράς μορφής. Τέλος, σε εφηβική πολύπωση γαστρεντερικού ή σε σύνδρομο Peutz-Jeghers (ουδεμία σχέση έχοντα με τις προαναφερθείσες συγγενείς πολυπώσεις του εντέρου).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως άριστη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-15%

2ο Επίπεδο

Επιτυχής επέμβαση επί της πρωτογενούς εστίας, πλην όμως, βάσιμη υποψία απορρέουσα από τις εργαστηριακές εξετάσεις περί συνυπάρξεως κάποιας άλλης εστίας (π.χ. ινσουλινώματος) σε δυσεγχείρητο σημείο της ανατομίας του πάσχοντος. Το αυτό ισχύει για το σύνδρομο Gardner και τα προαναφερθέντα προσόμοια αυτού, όπου η μερική εκτομή εντέρου (π.χ. σιγμοειδεκτομή) πρόσκαιρα μόνον οφέλη προσδίδει.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική το πρώτο έτος στη συνέχεια η κλινική κατάσταση του ασφαλισμένου και ο εργαστηριακός έλεγχος θα πείσουν περί βελτιώσεως ή μη της καταστάσεώς του.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%

Απαραίτητος ο ετήσιος έλεγχος ώστε το Π.Α. να προσαρμοσθεί προς τα άνω ή προς τα κάτω αναλόγως εάν οι τυχόν υποψίες επιβεβαιώθηκαν ή όχι.

3ο Επίπεδο

Βαρία μετακτινική εντεροπάθεια με επεμβάσεις βαριές και επιπλοκές από αυτές, π.χ. συρίγγια δυσίατα (εξωτερικά ή εσωτερικά), δημιουργία ειλεοστομίας μετά ολική κολεκτομή για σύνδρομο Gardner (ή με ανεπαρκή ειλεοπρωκτική αναστόμωση κατόπιν κολεκτομής για την αυτή πάθηση). Επίσης κατόπιν εκτομής

όγκου, π.χ. γλυκαγονώματος, μετά δευτερογενών εντοπίσεων σε άλλα μέρη του σώματος, ή μετά επιπλοκών από άλλα όργανα ή συστήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαριά έως λίαν δυσμενής· παρόλα αυτά ενίοτε βελτίωση αρκούντως θεαματική. Αυτονόητο ότι σε μόνιμες καταστάσεις το Π.Α. σταθεροποιείται (π.χ. μόνιμη κολοστομία σε αντίθεση με την προσωρινή).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67-80 [2 έτη]
Περαιτέρω ανα διετία πλήρης έλεγχος για να προσαρμόζεται εκάστοτε το Π.Α. προς τα κάτω στην απουσία σοβαρών προβλημάτων.

6.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΓΓΕΙΩΝ

6.2.1. Εμβολές-θρομβώσεις

Πληθώρα συμπτωμάτων και κλινικών σημείων, εξαρτώμενα από το εξαρτημένο ή τροφοδοτούμενο όργανο (μέλη του σώματος - σπλάγχνα - καρδία - εγκέφαλος κ.λπ.). Τα εκ των στεφανιαίων αγγείων θα αναζητηθούν στο Κεφάλαιο 1.1.4, επίσης τα εκ των αγγείων του εγκεφάλου στο Κεφάλαιο 3.9.2. Εκ των λοιπών που προαναφέρθηκαν, τα πλείστα αποτελούν μέλημα του χειρουργού.

Πλην των σημείων ή συμπτωμάτων (ωχρότητα των άκρων ή αντίθετα κυάνωση αυτών, άλγος, οίδημα, τροφικές αλλοιώσεις ή άτονα έλκη των άκρων, κ.λπ.) απαραίτητος στα πλείστα των περιστατικών ο πλήρης παρακλινικός έλεγχος. Κυρίαρχο ρόλο ενέχουν οι αρτηριο- ή φλεβογραφίες, πλην όμως άλλες εξετάσεις είναι εξίσου σημαντικές, π.χ. αξονικές τομογραφίες, απλές ακτινογραφίες θώρακα ή κοιλίας, μετρήσεις παραγόντων πήξεως αίματος, μελέτη με την τεχνική Doppler κ.λπ.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Οξέα περιστατικά, επιτυχώς χειρουργηθέντα, όπου δεν θα αναμείνει κανείς την παραμικρή επιπλοκή ή υποτροπή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αριστη· αφορά κυρίως οξέα περιστατικά, σε άτομα καθ' όλα τα άλλα υγιή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

2ο Επίπεδο

Περιστατικά όπου υφίστατο ήδη εξαρχής ο παράγων της καθυστερήσεως όσον αφορά την εγχείρηση, όπου έχει ήδη εγκατασταθεί κάποια επιπλοκή (π.χ. αγγειοκινητική μετατραυματική δυστροφία - έστω και στην απουσία θρομβώσεως) ή όπου η φύση του αγγείου (π.χ. φλέβες) καθιστά δυσχερή την πλήρη και ικανοποιητική επαναφορά της κυκλοφορίας στα προ του θρομβωτικού επεισοδίου επίπεδα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική ιδιαίτερα σε επαγγέλματα βαρέα ή σε ηλικιωμένα άτομα απαιτείται χρονικό διάστημα 1-2 ετών ώστε τυχόν απώτερες επιπλοκές θα έχουν αναδειχθεί. Το αυτό ισχύει για θρομβοεμβολικά επεισόδια εκ των φλεβών (σοβαρά λαμβάνει κανείς υπόψη τη χορήγηση αντιπηκτικών).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50% [1 έτος] από του επεισοδίου

- Μετέπειτα αναλόγως της καταστάσεως........35-50%
- Σπανιώτερα επί επιπλοκών67% [2 έτη] Επανεξέταση ανά 2ετία

3ο Επίπεδο

Βαριές επιπλοκές, π.χ. γάγγραινα ενός των μελών του σώματος που οδήγησε σε ακρωτηριασμό. Επίσης εκτεταμένη εντερεκτομή λόγω αποφράξεως μεσεντερίου αγγείου, με σύνδρομο δυσαπορροφήσεως και διαταραχές της θρέψεως ή των ηλεκτρολυτών. Απαραίτητος εδώ (όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας) ο πλήρης παρακλινικός έλεγχος και ενίοτε η εισαγωγή σε μεγάλο νοσοκομείο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατά το πλείστον βαριά. Ενίοτε βελτίωση εντυπωσιακή σε περιστατικά κυρίως εντερεκτομών, μετά πάροδο 1-2 ετών. Σε περιστατικά τοποθετήσεως φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα προς αποφυγή πνευμονικών εμβολών, η πρόγνωση πολύ επιφυλακτική (εξέταση ανά 2ετία).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80% [1 ή 2 έτη]

- Επί βελτιώσεως........35-50%
- Σε απουσία βελτιώσεως........67-80%

6.2.2. Χειρουργικές παθήσεις φλεβών

Δυνάμεθα να διακρίνουμε αυτές σε δύο κατηγορίες: 1) Παθήσεις που δεν προκαλούν απόφραξη του αυλού (κιρσοί των κάτω άκρων), φλεβική ανεπάρκεια λόγω πλημμελούς κατασκευής βαλβίδων φλεβών. 2) Παθήσεις που προκαλούν απόφραξη του αυλού (φλεβική θρόμβωση - φλεβοθρόμβωση - θρομβοφλεβίτιδα).

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρού βαθμού κιρσοί χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........0-10%

2ο Επίπεδο

Κιρσοί με υποκειμενικά ενοχλήματα (μυϊκή κόπωση - άλγη), αίσθημα τάσεως των κάτω άκρων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........5-15%

3ο Επίπεδο

Κιρσοί μετά επιπλοκών - αρχόμενες τροφονευρωτικές αλλοιώσεις - υπέρχρωση δέρματος - δερματίτιδα - εξελκώσεις - οίδημα (απουσία φλεβοθρομβώσεως ή πλήρως αποδραμούσα φλεβοθρόμβωση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........15-35%

4ο Επίπεδο

Α. Φλεβική ανεπάρκεια με εγκατεστημένες μή αναστρέψιμες επιπλοκές (μεγάλου βαθμού οίδημα - άτονα έλκη - αλλοιώσεις δέρματος) άμφω.
Β. Φλεβική θρόμβωση του εν τω βάθει συστήματος κάτω άκρων, ιδιαίτερα εάν στοιχεία μεταφλεβιτιδικού συνδρόμου έκδηλα, επίσης εάν λήψη συνεχής αντιπηκτικών φαρμάκων καθιστά δυσχερή και επικίνδυνη την εξάσκηση κάποιου επαγγέλματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-67%

6.2.3. Νόσος του Raynaud

Χαρακτηρίζεται από αλλαγή της χροιάς και θερμοκρασίας του δέρματος των άνω άκρων (κυρίως δακτύλων) και αποδίδεται σε λειτουργικές διαταραχές των δερματικών αγγείων.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Απλές διαταραχές της χροιάς του δέρματος και θερμοκρασίας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....0%

2ο Επίπεδο

Μεγάλου βαθμού αλλοιώσεις κυρίως κυάνωση και απώλεια της αισθητικότητας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....35%

3ο Επίπεδο

Μόνιμες αλλοιώσεις με αρχόμενες νεκρωτικές εστίες αναλόγως της δυσχρησίας χειρός και της επαγγελματικής ανικανότητας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....50-80%

6.2.4. Χειρουργικές παθήσεις αρτηριών κάτω άκρων

Οι παθήσεις των αρτηριών των κάτω άκρων διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες αποφράξεις.

Α. Με τον όρο οξεία αρτηριακή απόφραξη εννοούμε την αιφνίδια διακοπή της ροής του αίματος μιας μεγάλου ή μέσου μεγέθους αρτηρίας (αρτηριακή εμβολή - οξεία θρόμβωση).

Β. Με τον όρο χρόνια απόφραξη εννοούμε τη σταδιακή και μακροχρόνια απόφραξη των αρτηριών λόγω αρτηριοσκληρύνσεως - αρτηρίτιδας.

Κλινική εικόνα των αποφρακτικών αρτηριοπαθειών
- Διαλείπουσα χωλότητα
- Αλγος κατακλίσεως
- Διαταραχές χροιάς του δέρματος
- Διαταραχές της θερμοκρασίας
- Τροφικές διαταραχές του δέρματος

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μόνο σύμπτωμα η διαλείπουσα χωλότητα.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....έως 35%

2ο Επίπεδο

Διαλείπουσα χωλότητα με άλγος κατακλίσεως - διαταραχή χροιάς δέρματος. Αρτηριογραφική τεκμηρίωση αρτηριοπάθειας.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....35-50%

3ο Επίπεδο

Τροφικές διαταραχές του δέρματος - ανικανότητα βαδίσεως άνω των 50 μέτρων. Αρτηριογραφική τεκμηρίωση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....50-67%

4ο Επίπεδο

Ατονα έλκη-αρχόμενη γάγγραινα ή εγκατεστημένη-συνεχές άλγος. Αρτηριογραφική τεκμηρίωση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....67-80%

6.2.5. Χειρουργικές παθήσεις λεμφαγγείων

Διακρίνονται σε: 1) συγγενείς, 2) επίκτητες και 3) κακοήθεις.
- Συγγενείς: Λεμφαγγειώματα, λεμφοιδήματα.
- Επίκτητοι: Δευτεροπαθές λεμφοίδημα, μη φλεγμονώδες λεμφοίδημα, φλεγμονώδες λεμφοίδημα φλεγμονώδες -λεμφαγγειΐτιδα (οξεία και χρόνια)
- Κακοήθεις: Λεμφώματα, λεμφαγγειοσαρκώματα.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρού βαθμού λεμφοίδημα χωρίς να δημιουργεί δυσχέρεια στο άκρο.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Δεν προσδίδει Π.Α.

2ο Επίπεδο

Χρόνιο οίδημα άνω άκρου λόγω μαστεκτομής μετά αφαιρέσεως των μασχαλιαίων λεμφαδένων - αναλόγως της δυσχρησίας του άκρου.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....35-50%

3ο Επίπεδο

Επί οιδήματος των κάτω άκρων του αναλόγως της δυσχρησίας - ετεροπλεύρως ή αμφοτεροπλεύρως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50-67%

4ο Επίπεδο

Μεγάλου βαθμού οίδημα με διαταραχές - άλγος, ελκώσεις, ή επί χρονίου ελεφαντιασικού αναλόγως του βαθμού και χρήσεως των άκρων

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67-80%
- Επί χρονίας λεμφαγγειΐτιδας αναλόγως των συμπτωμάτων 35-50%
- Επί οξείας λεμφαγγειΐτιδας συνήθως δεν αποδίδεται Π.Α.

6.2.6. Μετεγχειρητικές καταστάσεις αρτηριών-φλεβών

1) Καταστάσεις κατόπιν τραυματισμού των αρτηριών ή φλεβών (ατύχημα ή ιατρογενή αίτια), κατόπιν απευθείας επεμβάσεων επί του αγγείου ή μακράν αυτού (π.χ. συμπαθεκτομή οσφυϊκή), καταστάσεις κατόπιν εγχειρήσεων αλλαχού με επηρεασμό παραγόντων πήξεως (π.χ. θρόμβωση εν τω βάθει φλεβών κάτω άκρου μετά από επεμβάσεις επί του ισχίου), ανευρύσματα, αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες, κ.λπ. αποτελούν ελάχιστες από τις καταστάσεις, όπου θα κληθεί ο ιατρός να γνωματεύσει επί του ποσοστού αναπηρίας του ασφαλισμένου.

2) Απαραίτητος τυγχάνει ο επιτυχής συγκερασμός κλινικής εξετάσεως (ερυθρότητα μελών, κυάνωση, ψυχρότητα αυτών, φυσήματα στην ακρόαση αρτηριών, νευρολογική εξέταση κ.λπ.) και ο πλήρης παρακλινικός έλεγχος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο πρωταρχικό ρόλο πάντοτε είχαν και εξακολουθούν ακόμη να έχουν οι αρτηριογραφικές ή φλεβογραφικές μελέτες. Υποκατάστατα υφίστανται (π.χ. Doppler, έγχρωμο Triplex υπερηχογράφημα), πλην όμως επί αμφιλεγόμενων περιστατικών θα απαιτηθεί αρτηριο- ή φλεβογραφικός έλεγχος. Αλλες εξετάσεις π.χ. αξονική τομογραφία εγκεφάλου για διερεύνηση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας επί στενώσεως νεφρικών αρτηριών, θα απαιτηθούν για τα πλέον εξειδικευμένα περιστατικά.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κατόπιν αμέσου αποκαταστάσεως μιας τραυματικής βλάβης κάποιου αγγείου, όταν δεν αναμένονται ούτε υφίστανται επιπλοκές από τα εξαρτημένα ή τροφοδοτούμενα όργανα. Επί επιτυχούς αντιμετωπίσεως ανευρυσμάτων, αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών, αθηρωματωδών αλλοιώσεων ή περιφερικών αρτηριακών εμβολικών επεισοδίων (π.χ. επείγουσα εμβολεκτομή με πλήρη αποκατάσταση της κυκλοφορίας). Επίσης επί παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων (amaurosis fugax) λόγω μικροεμβόλων στα εγκεφαλικά αγγεία προερχόμενα από τις καρωτίδες.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως άριστη, εφόσον δεν υφίσταται βλάβη που να έχει ήδη προκληθεί πριν από την εγχείρηση ή κατά την εγχείρηση στα εξαρτημένα ή τροφοδοτούμενα όργανα. Σοβαρά θα λαμβάνεται υπόψη αντιπηκτική αγωγή χρονίως χορηγούμενη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-10%

Πάντως η χρόνια χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής επαυξάνει το Π.Α. κατά 20 έως 30 μονάδες ώστε στη διάρκεια αυτής το Π.Α. κυμαίνεται από 40% έως 50%.

2ο Επίπεδο

Μετεγχειρητικές καταστάσεις επί παθήσεων ή συμβάντων ως ανωτέρω ανεφέρθησαν, όπου όμως η αποκατάσταση δεν ήταν άμεση ή όπου δεν υπήρξε το επιθυμητό αποτέλεσμα, ή όπου είχαν ήδη δημιουργηθεί βλάβες από τα τροφοδοτούμενα ή εξαρτημένα όργανα. Επίσης επί επεμβάσεων όπου ενίοτε μόνο αναμένεται θεαματική βελτίωση (π.χ. οσφυϊκή συμπαθεκτομή) εφόσον τεκμηριωθεί η απουσία βελτιώσεως με αρτηριογραφίες, όπως και σε επεμβάσεις όπου υπάρχει θεαματική βελτίωση που αφορά όμως μόνο ένα ποσοστό των πασχόντων (π.χ. ινομυϊκή δυσπλασία νεφρικής αρτηρίας μετά αρτηριακής υπερτάσεως λόγω παραγωγής ρενίνης). Πλην των κλασικών εξετάσεων αρτηριο- και φλεβογραφικών, άλλες εξετάσεις θα γίνουν κατά περίπτωση, π.χ. ραδιενεργό νεφρόγραμμα, αξονική τομογραφία εγκεφάλου ή θώρακος, προσδιορισμός παραγόντων της πήξεως του αίματος, προσδιορισμός ρενίνης και αγγειοτενσίνης κ.ά.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Μεγάλη σημασία έχει η αρχική πάθηση για την οποία και έγινε η επέμβαση ως και ο βαθμός επιτυχίας της επεμ-

βάσεως. Επίσης επί παθήσεων όπως η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρου, μετά ή άνευ πνευμονικής εμβολής, η πρόγνωση πάντα θα τίθεται εν αμφιβόλω, λόγω της αυξημένης συχνότητας υποτροπών. Σε βαρέα επαγγέλματα ή σε ηλικιωμένα άτομα θα προσαρμόζεται το Π.Α. επί τα άνω του μέσου όρου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Αναλόγως της βαρύτητας από κλινικής και εργαστηριακής πλευράς....35-50%
- Σε περιπτώσεις υποτροπών....50%
- Επιπλοκές από τους οφθαλμούς, την καρδία ή τους νεφρούς ή τον εγκέφαλο εφόσον κριθούν όχι βαριές θα προσδώσουν....50-67%

3ο Επίπεδο

Επί βαριών καταστάσεων κατόπιν επεμβάσεων σε αρτηρίες ή φλέβες, με επιπλοκές σημαντικού βαθμού από πολλαπλά όργανα, π.χ. αγγειοπάθεια διαβητική με επιπλοκές από τους οφθαλμούς. Επίσης επί ακρωτηριασμών λόγω γάγγραινας των κάτω άκρων, επί αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων μετά ευρημάτων πυραμιδικής συνδρομής του αντίστοιχου ημιμορίου του σώματος, καρδιακής ανεπάρκειας λόγω αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών, επί βαρέων συνδρόμων δυσαπορροφήσεως με διαταραχές μεταβολισμού λόγω αφαιρέσεως εκτεταμένου τμήματος λεπτού εντέρου (όπως υποχρεωτικά θα γίνει επί μαζικής γάγγραινας του εντέρου λόγω βαριάς αθηρωματώσεως με απόφραξη κλάδων των μεσεντερίων αρτηριών). Αυτονόητος ο πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, ενίοτε αναγκαία η εισαγωγή του ασφαλισμένου σε εξειδικευμένη κλινική μεγάλου νοσοκομείου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σπανίως η κατάσταση στάσιμη. Συνήθως εξελικτική επί τα χείρω, ενίοτε όμως θεαματική βελτίωση. Για το λόγο αυτό απαραίτητος ο ανά διετία έλεγχος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....67-80%
- Ενίοτε άνω του 80% και δεν χρήζει βοηθείας.
- Ανά διετία επαναπροσδιορισμός του αναλόγως της βαρύτητας
- Σε περίπτωση βελτιώσεως μετά πάροδο της πρώτης διετίας ....67% [2 ακόμη έτη] επανάκριση ....επί βελτιώσεως 35-50%

6.3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ

6.3.1. Μονήρης επίκτητος νεφρός

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Επί μονήρους νεφρού με νεφρική λειτουργία του άλλου νεφρού καλή....έως 25%
- Επί μονήρους νεφρού μετά αυξήσεως της ουρίας έως και 1 g....έως 50%
- Νεφρεκτομή με χαλαρά τοιχώματα (οσφυοκοιλιακά) και ουρία άνω του 1 g - ένταξη σε πρόγραμμα χρονίας αιμοκαθάρσεως....έως 67%

6.3.2. Νεφρολιθίαση

Για τη δημιουργία των λίθων του νεφρού εκτός από τα γνωστά αίτια του υπερπαραθυρεοειδισμού και της ουρικής διάθεσης, τα αίτια μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες που βρίσκονται πριν από τους νεφρούς (προνεφρικοί), εντός του νεφρού (νεφρικοί), και μετά από τους νεφρούς (μετανεφρικοί).

Οταν ομιλούμε για νεφρολιθίαση, έννοούμε τη δημιουργία λίθου μέσα στον κάλυκα και την πύελο, και όχι τη δημιουργία λίθου εντός του παρεγχύματος που παραμένει εκτός του αποχετευτικού συστήματος, χωρίς κλινικά ενοχλήματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Λίθος νεφρού ετερόπλευρος, αποβαλλόμενος δια της φυσικής οδού ή αφαιρούμενος ιατρικώς δια βρόχου χωρίς σημεία ουρολοιμώξεως....0%
- Λίθος νεφρού ετερόπλευρος αφαιρούμενος χειρουργικώς με λειτουργικές ανωμαλίες και πυελονεφρίτιδα ελαφρού βαθμού, πρόσκαιρος....30% [1 έτος]
- Εκτεταμένη λιθίαση ετερόπλευρος με λειτουργικές διαταραχές και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και πυελονεφρίτιδα....40-50%
- Αμφοτερόπλευρος λιθίαση του νεφρού, νεφρική ανεπάρκεια αντιρροπούμενη, πυελονεφρίτιδα και υπέρταση....50%
- Επί κοραλλιοειδών λίθων με μεγάλου βαθμού λειτουργικές βλάβες - υπέρταση - και εργαστηριακά ευρήματα συνηγορούντα για βαριά νεφρική ανεπάρκεια....67-80%

6.3.3. Νεφρεκτομή

Η χειρουργική αφαίρεση του νεφρού εκτελείται στις περιπτώσεις όγκων και όταν ο νεφρός έχει καταστραφεί από οποιαδήποτε αιτία (πυόνεφρος - ρικνός νεφρός - μετατραυματική κάκωση και αιματουρία).

Η ουρητηρονεφρεκτομή εκτελείται στις περιπτώσεις φυματιώσεως, σε όγκους της νεφρικής πυέλου και του ουρητήρα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

α) Νεφρεκτομή συνεπεία τραυματισμού του ετέρου παραμένοντος υγιούς .... 30% [6-12 μήνες]
Μετά τη συμπλήρωση έτους, το ποσοστό παραμένει εφ'όρου ζωής 15%

β) Νεφρεκτομή και εμφάνιση πυελονεφρίτιδας του παραμένοντος νεφρού με σχετικώς καλή νεφρική λειτουργία 50%

γ) Νεφρεκτομή και εμφάνιση βαριάς μορφής πυελονεφρίτιδας και μεγάλου βαθμού νεφρικής ανεπάρκειας του παραμένοντος νεφρού .... 67% έως και άνω του 80%

δ) Νεφρεκτομή για καρκίνωμα του νεφρού με ευρεία εγχειρητική τομή, διάνοιξη μεγάλων μυϊκών μαζών, συνοδευόμενη με χειρουργικό καθαρισμό λεμφαδένων και εν συνεχεία ακτινοβολία και θεραπεία με κυτταροστατικά
.... 70% [2 έτη] ετήσιος επανέλεγχος
Σε περίπτωση διαπιστώσεως (κλινικώς-εργαστηριακώς- βιοχημικώς) υπάρξεως απομακρυσμένων μεταστάσεων 80%
Ενδεχομένως άνω του 80% άνευ βοηθείας
Μετά συμπλήρωση 5ετίας και μετά αρνητικό (εργαστηριακό - αξονοτομογραφικό) έλεγχο για υποτροπή της νόσου 30%
Βαθμιαία έκπτωση Π.Α. 50% το τρίτο έτος και 35% το τέταρτο και πέμπτο έτος.

6.3.4. Κακώσεις νεφρών

Λόγω της τοπογραφικής θέσεως των νεφρών και των αποχετευτικών ουροφόρων οδών υπάρχει μια φυσική προστασία των οργάνων αυτών από τους ελαφρούς τραυματισμούς. Στους βαρείς όμως είτε άμεσα είτε έμμεσα προκληθεί η κάκωση, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν οι εξής παθολογικές καταστάσεις: Θλάση νεφρού - Ρήξη νεφρικού παρεγχύματος - Τραύματα νεφρικής πυέλου μέχρι και πλήρους αποκοπής του αγγειακού μίσχου και πλήρης κατακερματισμός του οργάνου. Εφόσον ο παθών υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία, το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από το είδος της εγχειρήσεως (νεφρεκτομή - χειρουργική αποκατάσταση των αγγείων) και από το βαθμό τελικής αποκαταστάσεως.

Η συντηρητική αντιμετώπιση της ρήξεως του νεφρού δημιουργεί, ενδεχομένως, όψιμες βλάβες, όπως υδρονέφρωση, νεφρογενή υπέρταση και ουρολοιμώξεις.

6.3.5. Ορχίτιδα

Η ορχίτιδα και η επιδιδυμίτιδα είναι νοσήματα ιάσιμα μη καταλείποντα αναπηρία:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απώλεια ενός όρχεος συνεπεία τραυματισμού - μη ειδική φλεγμονή 0%
- Αμφοτερόπλευρος απώλεια των όρχεων μέχρι 40 ετών 50%
- Αμφοτερόπλευρος απώλεια όρχεων από 40 έως 60 ετών 40-50%
- Ανω των 60 ετών 30%

Ποσοστά αναπηρίας σύμφωνα με τις εμφανιζόμενες επιπτώσεις (κυρίως ψυχιατρικές).

6.3.6. Ογκοι του όρχεος

Εχουν το χαρακτηριστικό να μεθίστανται απευθείας στους παρααορτικούς λεμφαδένες και λόγω της ιστολογικής ανωριμότητάς τους η πρόγνωσή τους είναι λίαν δυσμενής. Είναι οι εξής: σεμίνωμα, εμβρυϊκό καρκίνωμα, τερατοκαρκίνωμα, χοριοκαρκίνωμα, λέμφωμα.

Σε όλες τις περιπτώσεις των νεοπλασιών του όρχεος εφαρμόζεται ο ημιευνουχισμός, συνοδευόμενος από ριζική εξαίρεση λεμφαδένων, εκτεταμένη ακτινοβολία και αποθεραπεία με κυτταροστατικά.

Για την εκτίμηση των κλινικών σταδίων, για τη διάγνωση υπολειμματικών όγκων μετά από λεμφαδενεκτομή και για την έγκαιρη ανακάλυψη τυχόν υποτροπής είναι απαραίτητη η ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης και της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης· ωσαύτως απαιτείται και πλήρης αξονοτομογραφικός έλεγχος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αφαίρεση του ενός όρχεος λόγω κακοήθους όγκου (λέμφωμα κ.λπ..) .... 80% [2 χρόνια]

  Ανά έτος επανέλεγχος και μείωση Π.Α. σε απουσία υποτροπών:
- Μετά διετία μείωση 50-67%
- Το τέταρτο έως το πέμπτο έτος 35%
- Μετά συμπλήρωση πενταετίας μετά από αρνητικό έλεγχο 20%

6.3.7. Νεοπλάσματα του προστάτη

Τα νεοπλάσματα του προστάτη είναι καλοήθη και κακοήθη.

Στα καλοήθη ανήκει η υπερτροφία του προστάτη και αποτελεί την πιο συχνή μορφή διαταραχής της αποχετεύσεως ούρων. Η καλοήθης νεοπλασία ξεκινά από τους υποβλεννογόνιους αδένες της οπίσθιας ή προστατικής ουρήθρας.

Στα κακοήθη ανήκει ο καρκίνος του προστάτη που αποτελεί τον πλέον συχνό κακοήθη όγκο του ανδρός κατά την προγεροντική και γεροντική ηλικία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Υπερτροφία προστάτη με υπόλειμμα ούρων μέχρι των 200 ml χωρίς επιπλοκές 15%
- Υπερτροφία προστάτη με υπόλειμμα ούρων 300-500 ml 25-30%
- Υπερτροφία προστάτη που υποχρεώνει τον ασθενή σε μόνιμο καθετηριασμό και κυστεοστομία 50%
- Υπερτροφία προστάτη με μόνιμο καθετήρα με κυστεοστομία που συνδυάζονται με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, νεφρίτιδα, πυελονεφρίτιδα ή άλλες υπάρχουσες συγγενείς ανωμαλίες το ποσοστό της αναπηρίας ανέρχεται αναλόγως 67%

- ***Καρκίνος του προστάτη***

Τα στάδια του καρκίνου του προστάτη κλινικώς είναι 5: 0, A, B, C, D.

0: Τυχαίο εύρημα κατά την αδενωματεκτομή που δεν γίνεται αντιληπτό στην ψηλάφηση.

A: Ψηλαφητός μονήρης όζος.

B: Καρκινωματώδης διήθηση του προστάτη.

C: Οταν η καρκινωματώδης διήθηση έχει ξεφύγει από τα όρια του προστάτη.

D: Οταν ο καρκίνος έχει καθηλώσει τον προστάτη στο περιβάλλον και εμφανίζεται ως σκληρή και ακίνητη μάζα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αναλόγως της βαρύτητας αποχετεύσεως των ούρων, αναλόγως της διαταραχής της νεφρικής λειτουργίας και αναλόγως του αν υπάρχουν μεταστάσεις .... 70-80% [2 έτη]

  Επανέλεγχος ετησίως
- Σε απουσία υποτροπών:
  - το τρίτο έτος 67%
  - το τέταρτο έτος 35-50%
  - το πέμπτο έτος 20%

6.3.8. Χρονία προστατίτιδα

Η συνηθέστερη φλεγμονή του προστάτη είναι η χρονία προστατίτιδα και πρόκειται για απυρέτως διατρέχουσα φλεγμονή, υπόλειμμα συνηθέστατα της οξείας προστατίτιδας, επιδιδυμίτιδας και ουρηθρίτιδας. Δίδεται πρόσκαιρη ανικανότητα μη προσμετρούσα ποσοστό αναπηρίας.

Αλλες χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων με λειτουργική διαταραχή της ουροδόχου κύστεως, με κατακράτηση ούρων χωρίς διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-30%

Χρονία προστατίτιδα συνοδευομένη από βαριά ουρολοίμωξη, κατακράτηση μεγάλης ποσότητας ούρων με σαφώς επηρεασμένη τη νεφρική λειτουργία με δημιουργία λίθου εντός της κύστεως και με μόνιμο καθετήρα

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50-67%

6.3.9. Τραύματα-Στενώματα ουρήθρας

Τα τραύματα της ουρήθρας συμβαίνουν κυρίως σε περιπτώσεις συντριπτικών καταγμάτων των ηβικών οστών, μέχρι πλήρους διατομής της οπίσθιας ουρήθρας, και σε ιατρογενείς τραυματισμούς σε αδέξια προσπάθεια κατά την ενδοσκοπική εξέταση, σε καθετηριασμό ή κυστεοσκόπηση. Επίσης σε υπάρχοντα κωλύματα λόγω αδενώματος ή καρκίνου του προστάτη, σε μη ειδικές φλεγμονές και φυματίωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στενώματα ουρήθρας, περιορισμένης εκτάσεως, χωρίς κατακράτηση ούρων, που δεν απαιτούν διαστολή 0-5%

- Στενώματα ουρήθρας που απαιτούν διαρκή θεραπεία με κηρία για διαστολές ανά μήνα χωρίς κατακράτηση ούρων 5-20%
- Στενώματα ουρήθρας που απαιτούν διαρκή θεραπεία με διαστολές και σπάνια ουρολοίμωξη 20-40%
- Στενώματα ουρήθρας που απαιτούν συχνές διαστολές με εμφάνιση επίμονης ουρολοιμώξεως 30-40%
- Στενώματα ουρήθρας που προκαλούν ανιούσες ουρολοιμώξεις που έχουν προσβάλλει το νεφρικό παρέγχυμα και έχουν δημιουργήσει βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας 60%

6.3.10. Ορθοκυστικά συρίγγια

Μία, οποιασδήποτε αιτιολογίας, ανώμαλη επικοινωνία κύστεως και ορθού ονομάζεται ορθοκυστικό συρίγγιο. Αποτελούν μετεγχειρητικές επιπλοκές (κυρίως προστατεκτομής ή εγχειρήσεων του ορθού).

Εάν το ορθοκυστικό συρίγγιο δεν υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία, χαρακτηρίζεται από συνεχή διαφυγή ούρων προς το ορθό και αντιθέτως αερίων και κοπράνων από το ορθό στην ουροδόχο κύστη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εφόσον παραμείνει χωρίς χειρουργική θεραπεία 50-60%
- Εφόσον η ανιούσα ουρολοίμωξη δεν θα σεβαστεί το νεφρικό παρέγχυμα 60%
- Σε επιτυχή επέμβαση (ίαση) 10-15%

6.3.11. Ανωμαλίες και τραυματισμοί του πέους

Οι τραυματισμοί του πέους είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε βλάβη της ουρήθρας και εν συνεχεία αυτής της βλάβης σε διαταραχή της ουρήσεως. Η ολική απώλεια του πέους μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες ψυχικές διαταραχές, ως κατάθλιψη κ.λπ. με μεγάλη ανικανότητα προσαρμογής και απόδοσης εργασίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πλαστική σκλήρυνση του πέους. Διαπιστώνεται υπερτροφία συνδετικού ιστού στην περιοχή του στελέχους μη εμποδίζουσα τη στύση. Δεν προσμετρά ποσοστό αναπηρίας.
- Σκλήρυνση των σηραγγωδών σωμάτων με σύγκαμψη ή παρέκκλιση του πέους εν στύσει με αδυναμία συνουσίας 10%
- Επί ολικού ακρωτηριασμού του πέους:
  - νέα άτομα 40-50%
  - άνω των 60 ετών 20%

Το εποικοδομούμενο ψυχικό πρόβλημα θα εκτιμήσει και θα καθορίσει ο ψυχίατρος.

Επί ολικού ακρωτηριασμού, λόγω καρκίνου, αναλόγως των τοπικών ευρημάτων και ενδεχομένως ύπαρξη μεταστάσεων ....70-80% [2 χρόνια] ανά έτος επανέλεγχος για μείωση ΠΑ στην απουσία μεταστάσεων.

6.3.12. Παθήσεις ουρητήρα

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση ή σύνδρομο Ormond: Πρόκειται για προοδευτικό σχηματισμό συνδετικού ιστού στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, ώστε οι ουρητήρες με την πάροδο του χρόνου εντοιχίζονται μέσα σε μια δημιουργούμενη κάψα συνδετικού ιστού με κατάληξη ανουρία και ουραιμία αναλόγως του σταδίου εξελίξεως.
  Εκπτωση με κυρίαρχο σημείο τη νεφρική λειτουργία.....50-70%
- Στενώματα ουρητήρα μετατραυματικής αιτιολογίας (αιμάτωμα-ρίκνωση-με προοδευτική ουλοποίηση και στάση) αναλόγως του βαθμού λειτουργίας του νεφρού και ύπαρξη ουρολοιμώξεως 15-20%
- Κακοήθεις όγκοι ουρητήρα: Αναλόγως της λειτουργικής ικανότητας, του παραμένοντος νεφρού ....70% [2 έτη] ανά έτος έκπτωση Π.Α.
  και μετά 5ετή παρακολούθηση..........30%
- Μεγαουρητήρας ετερόπλευρος με λειτουργική διαταραχή του νεφρού και ουρολοίμωξη..........20-30%
- Μεγαουρητήρας αμφοτερόπλευρος αναλόγως του βαθμού της διαταραχής της νεφρικής λειτουργίας και της ουρολοιμώξεως ....50-60% [1 έτος] Επανεξέταση
- Ουρητηροκήλη ευκόλως αποκαθισταμένη χωρίς διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας..........0%
  Εάν διαπιστωθεί διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας...10-20%
- Ουρητηροεντερική αναστόμωση χωρίς επιπτώσεις στη νεφρική λειτουργία και χωρίς διαταραχές στην ηλεκτρολυτική ισορροπία..........25-40%
- Ουρητηροεντερική αναστόμωση αναλόγως εάν είναι μονόπλευρος ή αμφίπλευρος, ανιούσα πυελονεφρίτιδα, διαταραχές νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτρολυτικές διαταραχές50-60%

- Ουρητηροεντερική αναστόμωση λόγω κωλύματος από νεοπλασία περιφερικώς και σημαντική διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας .... 67-80% [2 έτη] ανά έτος αναπροσαρμογή του ΠΑ.
- Ορθο-κυστεο-κολπικό συρίγγιο .... ίσως μέχρι 80%
- Ουρητηρο-κολπικό συρίγγιο
  Ετερόπλευρο 50%
  Αμφοτερόπλευρο 67%
- Μόνιμο νεφρικό συρίγγιο
  Ετερόπλευρο 50-67%
  Αμφοτερόπλευρο 67-70%

6.4. ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΑ

Απαραίτητη η ιστολογική εξέταση.

1) Η κακοήθεια και η σταδιοποίηση των μελανωμάτων (κατά Clark) αποτελούν μέρος μόνο των στοιχείων που θα λάβει υπόψη του ο κρίνων τον ασφαλισμένο. Πρόβλημα (ενίοτε άλυτο) αποτελεί η μη ανεύρεση της πρωτογενούς εστίας, αλλά το κυριότερο πρόβλημα αποτελεί η πρόγνωση, καθότι οι υποτροπές είναι γνωστές μετά από πολλά έτη "πλήρους υφέσεως" (όχι σπάνιο φαινόμενο).

2) Ο πλήρης κλινικός έλεγχος θα συμπληρώνεται απαραιτήτως από τον παρακλινικό έλεγχο, π.χ. αξονική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου ή τραχήλου, κοιλίας ή θώρακος (αναλόγως της αρχικής εντοπίσεως ή των τωρινών ευρημάτων και υπονοιών). Επίσης η μέτρηση ελευθέρας μελανίνης ούρων 24ώρου είναι απαραίτητη, ως και (κατά περίπτωση) σπινθηρογραφήματα οστών ή σπλάγχνων, απλές ακτινογραφίες, υπερηχογραφήματα.

3) Εδώ η μέτρηση επιπέδων βαρύτητας υποχρεωτικά ξεκινά από το 3ο επίπεδο, επειδή είναι δεδομένη η αρχική βαρύτητα της νόσου, τα δε αφορώντα την πρόγνωση - που είναι άκρως επιφυλακτική - έχουν ήδη προαναφερθεί. Επίπεδα (κατά τα τετριμμένα) δε θα αναφερθούν, παρά μόνο η βαθμιαία έκπτωση των Π.Α. με την πάροδο του χρόνου στην απουσία υποτροπών.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

3ο Επίπεδο

Αφορά τα πρώτα 2 ή 3 έτη μετά από μια επιτυχή (ή όχι) επέμβαση για μελάνωμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 80% [2 ή 3 έτη]

2ο Επίπεδο

Αφορά τα επόμενα 1 έως 2 έτη, εφόσον από τον πλήρη έλεγχο (βλ. παραπάνω) δεν προκύπτει τεκμηρίωση υποτροπής του μελανώματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67% [1 έτος]
- Στη συνέχεια .... 50% [1 ακόμη έτος]

1ο Επίπεδο

Παρόλες τις επιφυλάξεις περί προγνώσεως (βλ. παραπάνω), το Π.Α. βαθμηδόν θα εκπίπτει, όταν τεκμηριώνονται απουσία υποτροπών ή μεμακρυσμένων μεταστάσεων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μετά την εγχείρηση .... 35% [5 έτη]
- Το επόμενο έτος 20%

Αυτονόητος η παραμονή του Π.Α. σε υψηλά επίπεδα, εφόσον τεκμηριωθούν μεταστάσεις ή υποτροπές, ή εφόσον ο δείκτης υποψίας είναι υψηλός (π.χ. παθολογικά ποσά ελευθέρας μελανίνης στα ούρα 24ώρου, αξονοτομογραφικά ευρήματα διογκωμένων λεμφαδένων κ.ά.).

6.5. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι παθήσεις του μαστού δύνανται να διακριθούν σε καλοήθεις και κακοήθεις.

Α. Καλοήθεις παθήσεις: φλεγμονές - κύστεις - καλοήθεις όγκοι, όπως ιναδένωμα, θήλωμα του εκφορητικού πόρου, φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα.*

Β. Κακοήθεις παθήσεις (καρκίνος μαστού), σπανίως κακοήθης εκτροπή φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Καλοήθεις παθήσεις του μαστού (φλεγμονές, δυσπλασίες, κύστεις).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Δεν δίνει Π.Α.

2ο Επίπεδο

Παθήσεις καλοήθεις που χρήζουν χειρουργικής επεμβάσεως (ινοκυστική νόσος-ιναδένωμα-θήλωμα) αναλόγως της επεμβάσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-15%

3ο Επίπεδο

Κακοήθεις παθήσεις (καρκίνος). Αναλόγως της επεμβάσεως (ριζική ή τροποποιημένη μαστεκτομή ή αφαίρεση τμήματος), αναλόγως αν παρουσιάζει οίδημα ή όχι στο σύστοιχο άνω άκρο, ως επίσης της κινητικότητας του συστοίχου ώμου, ως επίσης αν υπάρχουν ή όχι μεταστάσεις.

* Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα αποτελεί καλοήθη πάθηση του μαστού παρ' όλο το "φοβερό" όνομα της θεωρείται ιάσιμος εφόσον εξαιρεθεί πλήρως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67-80% [2 χρόνια]

Στη συνέχεια το Π.Α. εκπίπτει
- 3ο έτος 50-67%
- 4ο έτος 50%
- 5ο έτος 35%

Πάντοτε υπό την προϋπόθεση ότι δεν εμφανίσθηκαν υποτροπές ούτε υπήρξε δυσχρησία του άνω άκρου λόγω λεμφοιδήματος ούτε επιπλοκές από χημειοθεραπεία ή άλλη επιβάρυνση της υγείας.

7. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥΣ

7.1. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΚΟΓΧΟΥ

7.1.1. Τραύματα κόγχου

1. Αιμάτωμα του κόγχου
2. Κατάγματα κόγχου
3. Διαμπερή τραύματα κόγχου

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Ανάλογα με τις λειτουργικές επιπλοκές και τις επιπτώσεις στην οπτική οξύτητα, όπως και στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες συνυπάρχουν διπλωπία, διαταραχές της κινητικότητας των οφθαλμικών μυών, κατάργηση του αισθητικού αντανακλαστικού του κερατοειδούς, ατροφία οπτικού νεύρου, απόσπαση αυτού, ρήξη χοριοειδούς κ.λπ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-80%

7.1.2. Φλεγμονές κόγχου

1. Οστεοπεριοστίτιδα
2. Φλέγμων κόγχου ή κυτταρίτιδα
3. Θρομβοφλεβίτιδα
4. Τενονίτιδα

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Θα εξαρτηθούν από την παρουσία ή μη επιπλοκών και από τις συνέπειες αυτών στην οπτική οξύτητα. Η θρομβοφλεβίτιδα και ο φλέγμων του κόγχου, λόγω επιπλοκών από το οπτικό νεύρο και από το βολβό, είναι οι πλέον βαρύτερες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Θρομβοφλεβίτιδα 20-45%
- Κυτταρίτιδα 20-45%
- Οστεοπεριοστίτιδα 15-40%
- Τενονίτιδα 10-30%

7.1.3. Όγκοι κόγχου

1. Καλοήθεις όγκοι

α. Περιφερικό γλοίωμα του κόγχου ή σβάνωμα ή νευρίνωμα
β. Γλοιώματα οπτικού νεύρου
γ. Μηνιγγιώματα του κόγχου
δ. Ανευρύσματα του κόγχου
ε. Αγγειώματα του κόγχου
στ. Κιρσοί του κόγχου
ζ. Οστέωμα του κόγχου
η. Δερμοειδείς κύστεις

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Η εκτίμηση της ανικανότητας θα εξαρτηθεί από την οπτική οξύτητα, την ισορροπία των οφθαλμοκινητικών μυών, τα οπτικά πεδία, την προσβολή ή μη του οπτικού νεύρου. Γενικώς ο προσδιορισμός της αναπηρίας των ασφαλισμένων θα προσδιορισθεί από τα οπτικά προβλήματα, τα οποία έχουν δημιουργηθεί πριν τη χειρουργική επέμβαση και μετά από αυτήν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................20-80%

2. Κακοήθεις όγκοι

α. Ινοσάρκωμα
β. Πολύμορφο σάρκωμα
γ. Ραβδομυοσάρκωμα
δ. Λειομυοσάρκωμα
ε. Χόνδρωμα του κόγχου

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Ανάλογα με την κακοήθειά τους, την εξέλιξή τους, τα δημιουργούμενα οπτικά προβλήματα π.χ. διπλωπία, την επίπτωσή τους στην οπτική οξύτητα, καθώς και με τα αποτελέσματα των χειρουργικών επεμβάσεων και της χημειο-θεραπευτικής αγωγής ή ακτινοθεραπείας συμπεραίνουμε αναλόγως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................40-100%

7.1.4. Κρανιο-κογχο-προσωπικές δυσοστώσεις και οστεοπάθειες

1. Κρανιο-προσωπική δυσόστωση του Crouzon
2. Γναθοπροσωπική δυσόστωση των Franceschetti και Zwahlen
3. Οξυκεφαλο-συνδακτυλία του Apert
4. Υπερτελορισμός (σύνδρομο του Greig)
5. Οξυκεφαλικές παραλλαγές (τριγωνοκεφαλία, σκαφοκεφαλία, σφηνοκεφαλία)
6. Νόσος του Paget
7. Οστεοπέτρωση ή νόσος των Albers - Schönberg
8. Υπερόστωση των οστών της κεφαλής ή Leontiasis Ossea.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Η πρόγνωση και η εκτίμηση της ανικανότητας των παθήσεων αυτών είναι συνάρτηση των διανοητικών διαταραχών, της υπάρξεως ή μη ατροφίας των οπτικών νεύρων, των τυχόν εναποθέσεων ασβεστίου κατά τον κόγχο και τα οπτικά τρήματα, ως και από την ύπαρξη παραλύσεων των βολβοκινητικών μυών, αιμορραγιών του αμφιβληστροειδούς και λοιπών λειτουργικών διαταραχών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................40-100%

7.2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΑΚΡΥΩΝ

7.2.1. Δακρύρροια

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται συνήθως σε τοπικά ερεθιστικά αίτια και φλεγμονές του επιπεφυκότος και κερατοειδούς.

Κλινική εικόνα

Διαρκής εκροή δακρύων από τους κανθούς.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εντοπίζεται το αίτιο της δακρύρροιας και αντιμετωπίζεται αναλόγως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ετερ 0-5%
Αμφω 5-10%

7.2.2. Επιφορά

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται σε βλάβη ή κώλυμα στο σύστημα παροχετεύσεως των δακρύων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινική εικόνα

Εκροή δακρύων ή βλεννοπυώδους υγρού από τον έσω κανθό. Εκζέμα του δέρματος των βλεφάρων και θόλωση της οράσεως. Ο πάσχων υποβάλλεται σε μόνιμη ενστάλλαξη αντιβιοτικών και αποσυμφορητικών κολλυρίων. Εάν δεν αντιμετωπισθεί χειρουργικά, η αγωγή πρέπει να είναι διαρκής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ετερ 20%
Αμφω 35%

2ο Επίπεδο

Κλινική εικόνα

Ο πάσχων έχει υποβληθεί σε αποτυχούσα ασκορρινοστομία με αποτέλεσμα τη μονιμοποίηση των ευρημάτων.

Η μόνιμη και συχνή εφαρμογή κολλυρίων σε συνδυασμό με τη θόλωση της οράσεως μειώνουν την αποδοτικότητα στην εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ετερ 35%
- Αμφω 67%

7.2.3. Υποέκκριση δακρύων

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Απαντάται σε παθήσεις που προκαλούν ουλοποίηση του επιπεφυκότα (τράχωμα, χημικά και μετακτινικά εγκαύματα, πολύμορφο ερύθημα, πεμφιγοειδές), στο σύνδρομο Sjögren κ.ά. Παρόμοια κατάσταση έχουμε και όταν τα δάκρυα εξατμίζονται ταχέως όπως στο λαγόφθαλμο και στα ευμεγέθη κολοβώματα των βλεφάρων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινική εικόνα

Υπεραιμία του επιπεφυκότα, στικτή απόπτωση του επιθηλίου του κερατοειδούς, φωτοφοβία, αίσθημα ξηρότητας και ξένου σώματος.
Απαιτείται συχνή ενστάλλαξη τεχνητών δακρύων και αποφυγή παραμονής σε θερμό και ξηρό περιβάλλον.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ετερ 10%
- Αμφω 20%

2ο Επίπεδο

Κλινική εικόνα

Στα παραπάνω ευρήματα προστίθεται και κερατινοποίηση του κερατοειδούς με συνέπεια την απώλεια της διαύγειάς του. Εκτός από τα παραπάνω υπάρχει και μείωση της οπτικής οξύτητας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ετερ 10%
- Αμφω 20%

Στα ποσοστά αυτά προστίθεται και το ποσοστό εκ της μειώσεως της οπτικής οξύτητας (βλ. σχετ. πίνακα).

7.3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΒΛΕΦΑΡΩΝ

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αγκυλοβλέφαρο - επίκανθος 0-5%
- Συγγενής ή επίκτητη πτώση του άνω βλεφάρου
  - Ετερ 20-30%
  - Αμφω 40-70%
- Ατελής πτώση
  - Ετερ 5-10%
  - Αμφω 10-40%
- Εντρόπιο - Εκτρόπιο - Τριχίαση
  - Ετερ 0-5%
  - Αμφω 5-10%
- Συμβλέφαρο ανάλογα με την έκταση
  - Ετερ 0-5%
  - Αμφω 5-10%
- Κολοβώματα ανάλογα με τις διαταραχές της οράσεως
  - Ετερ 0-5%
  - Αμφω 10-20%
- Λαγόφθαλμος χωρίς επιπλοκές 0-10%
- Συγγενείς όγκοι βλεφάρων
  - Αιμαγγείωμα 15-30%
  - Αιμαγγείωμα - Σύνδρομο Stürge-Weber-Krabbe 35-50%
- Καλοήθεις όγκοι των βλεφάρων
  - Θήλωμα - Ξανθελάσματα 0-5%
- Κακοήθεις όγκοι
  - Επιθηλίωμα 30-50%
  - Σπιλοκαρκίνωμα in situ - non in situ .... >67%

7.4. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΟΣ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΟΥ ΧΙΤΩΝΟΣ

Από τις παθήσεις του επιπεφυκότος ασφαλιστικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν α) αυτές που προκαλούν ουλοποίησή του με συνέπεια διαταραχή στην έκκριση δακρύων (βλ. υποέκκριση δακρύων) και β) οι κακοήθεις όγκοι του επιπεφυκότος.

Κακοήθεις όγκοι του επιπεφυκότος

I) Λεμφοσάρκωμα, δικτυοσάρκωμα, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (σπάνιο), ενδοεπιθηλιακό επιθηλίωμα (όγκος Bowen)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 35% [1 χρόνο]
- Σε υποτροπή 50%

II) Κακόηθες μελάνωμα

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67% [2 χρόνια]

Από τις παθήσεις του σκληρού χιτώνα ασφαλιστικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η νεκρωτική μορφή σκληρίτιδας χωρίς φλεγμονή (διατιτραίνουσα σκληρομαλακία) επειδή υφίσταται υψηλός κίνδυνος διατρήσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
(ανάλογα με το επάγγελμα) 35-50%

7.5. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ

7.5.1. Συγγενείς παθήσεις

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Μεγακερατοειδής: Σύμφωνα με τον πίνακα οράσεως λόγω υψηλού αστιγματισμού
- Μικροκερατοειδής: Σύμφωνα με τον πίνακα οράσεως λόγω υψηλής υπερμετρωπίας
- Σκληροκερατοειδής (πορσελάνη) άμφω ....>80%
- Οπίσθιο εμβρυότοξο με τις επιπλοκές του (ημιδιάφανο δίκτυο που αφορά στην οπίσθια στιβάδα, συμφύσεις στη γωνία του πρόσθιου θαλάμου και ανωμαλίες της ίριδας άμφω.......... 35-50%
- Κεντρικό λεύκωμα ή ανωμαλία Peters: Αναλόγως οπτικής οξύτητας.

Σχόλιο: Οι παθήσεις αυτές υφίστανται ως προϋπάρχουσες με το αναφερόμενο ποσοστό. Λόγω της εξελικτικότητας των παθήσεως θα επακολουθήσει επιδείνωση

7.5.2. Επίκτητοι παθήσεις

Α. Φλεγμονώδεις

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Εντονος πόνος λόγω ερεθισμού απολήξεων τριδύμου ...15-20%
- Φυσικά αίτια (ακτινοβολία) 15%
- Εγκαύματα (θερμικά - χημικά)
  Ετερ 15-35%
  Αμφω ....67% και άνω
- Μηχανικά τραύματα (ξένα σώματα κερατοειδούς)
  Ετερ 15-35%
  Αμφω ....67% και άνω
- Ερπητική (δισκοειδής) κερατίτιδα
  Ετερ 30-35%
  Αμφω 50-67%
- Ερπης κερατοειδούς (ζωστήρ)
  Ετερ 15-20%
  Αμφω 35-40%
- Ελκος κερατοειδούς
  Ετερ 35-50%
  Αμφω 35-67%

Β. Μη φλεγμονώδεις

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Νευροτροφική κερατίτιδα
  - Ετερ 35-50%
  - Αμφω 50-67%
- Κερατίτιδα λαγόφθαλμου
  - Ετερ 10%
  - Αμφω 20%
- Ξηρά κερατίτιδα (ξηροφθαλμία, κακή ποιότητα δακρύων) 10-20%

7.5.3. Δυστροφίες

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Κοκκιώδης οζώδης κερατίτιδα (Groenow I)..........15-20%
- Κηλιδώδης (Groenow II)
  - Ετερ 30-40%
  - Αμφω ....67% και άνω
- Δικτυωτή ή κιγκλιδωτή
  - Ετερ 30-50%
  - Αμφω 50-67%
- Δυστροφία Fuchs 35-50%
- α) Κερατόκωνος στο αρχικό στάδιο. Αναλόγως οπτικής οξύτητας
  β) Υδρωπας 67-80%

7.5.4. Εκφυλίσεις

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Περιφερική κερατολέπτυνση (νόσος του Terrien)
  - Ετερ 15-35%
  - Αμφω ....67% και άνω
- Ελκος του Mooren
  - Ετερ 15-35%
  - Αμφω ....67% και άνω

7.5.5. Κερατοειδοπλαστική (μεταμόσχευση κερατοειδούς)

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ετερ ....67% [1 χρόνο]
- Αμφω ....80% [1 χρόνο]
- Με παραμονή διακεκομμένων ραμμάτων:
  - Ετερ ....50% [1 χρόνο]
  - Αμφω ....67% [1 χρόνο]

7.6. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΦΑΚΟΥ

7.6.1. Συγγενείς παθήσεις

1. Συγγενής αφακία
2. Κολόβωμα φακού
3. Μικροφακία
4. Φακόκωνος και φακόσφαιρα (σύνδρομο Marchesani)
5. Παρεκτόπιση φακού ή συγγενές εξάρθρημα του φακού (όταν συνοδεύεται και από αραχνοδακτυλία φέρεται ως σύνδρομο Marfan)
6. Ομοκυστινουρία, λόγω διαταραχής του ενζύμου κυσταθειονίνη και συνοδευόμενη από παρεκτόπιση του φακού, πνευματική καθυστέρηση, καθώς και γλαύκωμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ως προϋπάρχουσα κατάσταση .... 67% και άνω
- Ετερόπλευρο 10-35%, αμφοτερόπλευρο 50-67%
- Στις περιπτώσεις 3, 4 και 5 .... 50-67%
- Στην περίπτωση της ομοκυστινουρίας 35-67%

7.6.2. Συγγενείς καταρράκτες

1. Ζωνοειδής καταρράκτης
2. Πρόσθιος καψικός (πολικός) καταρράκτης
3. Οπίσθιος πολικός καταρράκτης
4. Κεντρικός πυρηνικός (εμβρυϊκός) καταρράκτης
5. Ολικός συγγενής καταρράκτης
6. Καταρράκτης εξ ερυθράς
7. Πυραμοειδής καταρράκτης
8. Εκ γαλακτοζαιμίας, λόγω κακού μεταβολισμού της γαλακτόζης
9. Καταρράκτης των ραφών
10. Ατρακτοειδής, στεφανοειδής, στικτός κ.λπ. καταρράκτες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Από την πυκνότητα των θολεροτήτων του φακού και τη θέση αυτών στο φακό η οπτική οξύτητα επηρεάζεται αναλόγως· π.χ. οι οπίσθιες θολερότητες του φλοιού δημιουργούν έντονα προβλήματα οράσεως, παρόλο ότι είναι μικρού μεγέθους και πυκνότητας. Αναλόγως λοιπόν των προβλημάτων οπτικής οξύτητας και το αντίστοιχο ποσοστό αναπηρίας.

7.6.3. Επίκτητοι καταρράκτες

1. Γεροντικός καταρράκτης.
2. Επιπεπλεγμένος καταρράκτης ή παθολογικός ή συνοδευόμενος από οφθαλμικές παθήσεις (ιριδοκυκλικός, γλαυκωματικός, καταρράκτης από αποκόλληση, από υψηλή μυωπία κ.λπ.).
3. Καταρράκτης από φυσικά μέσα (π.χ. από έκθεση σε ηλεκτρική, υπέρυθρο, θερμική, υπερηχητική ενέργεια και ακτινοβολία x-Rays, γ-ακτινοβολία, νετρόνια, κ.λπ.), από κεραυνοπληξία.
4. Δευτεροπαθής ή μετα-καταρράκτης, ο οποίος εμφανίζεται μετά την εξω-περιφακική εξαίρεση του φακού (δακτύλιοι του Soemmering, πέρλες ή μαργαριτάρια του Elsching).
5. Καταρράκτης των ενηλίκων ή προγεροντικός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας θα εξαρτηθεί από την πυκνότητα των θολεροτήτων του φακού και τη θέση τους στο φακό, εαν δηλαδή είναι περιφερικές ή κεντρικές, οπότε η οπτική οξύτητα επηρεάζεται λίαν ενωρίς, ή οπίσθιες κατά τον οπίσθιο πόλο, οπότε, αν και μικρού μεγέθους ή πυκνότητας, δημιουργούν έντονα προβλήματα. Αντιστοίχως λοιπόν προς την οπτική του οξύτητα.

7.6.4. Τραυματικές παθήσεις

1. Τραυματικός καταρράκτης από πλήξη ή τραυματισμό (ανθόμορφος καταρράκτης ή rosett-shaped καταρράκτης)
2. Υπεξάρθρημα φακού από τραύμα ή πλήξη
3. Εξάρθρημα φακού από τραύμα ή πλήξη
4. Αλλότριο σώμα φακού

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για την εκτίμηση της ανικανότητας προς εργασία πρέπει να υπολογίζουμε εκτός από τα προκύπτοντα ποσοστά από τη μείωση της οράσεώς του και την αξία της επαγγελματικής οράσεως, η οποία χαρακτηρίζει και προσδιορίζει την επαγγελματική δεξιότητα και δραστηριότητα· π.χ. διαφορετικά θα εκτιμηθεί ένας αγρότης από ό,τι ένας ελεύθερος εργάτης ή θυρωρός ή ζαχαροπλάστης ή τυπογράφος, ή ωρολογοποιός.

7.6.5. Καταρράκτες από συστηματικές παθήσεις

1. Διαβητικός καταρράκτης
2. Παραθυρεοειδικός καταρράκτης

3. Καταρράκτης εκ μυοτονικής δυστροφίας
4. Καταρράκτης εκ δερματοπαθειών (ατοπικό έκζεμα, ψωρίαση, σκληρόδερμα, ποικιλόδερμα, κεράτωση, κ.λπ.)
5. Υποθυρεοειδικός καταρράκτης
6. Καταρράκτης εκ μογγολοειδούς ιδιωτίας και εκ κρετινισμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για τον προσδιορισμό της αναπηρίας εκτός των ποσοστών των προερχομένων από την κύρια νόσο θα υπολογισθούν και τα ποσοστά τα προερχόμενα από τη μείωση της οπτικής οξύτητας.

7.6.6. Τοξικοί καταρράκτες

1. Εκ κορτικοστεροειδών
2. Εκ ναφθαλίνης
3. Εκ βενζόλης
4. Εκ μυοτικών φαρμάκων (πιλοκαρπίνη-Mintacol-DFP κ.λπ.)
5. Εκ χλωροπρομαζίνης, τρινιτροφαινόλης κ.λπ.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ποσοστό αναπηρίας ανάγεται στο επίπεδο επηρεασμού της οπτικής οξύτητας.

7.6.7. Μετεγχειρητική αφακία

Η αφακία, δηλαδή η απουσία του φακού του οφθαλμού, δυνατόν να είναι συγγενής ή το αποτέλεσμα τραυματισμού, απεξαρθρώσεως, απορροφήσεως ή χειρουργικής εξαιρέσεώς του. Ο άφακος οφθαλμός, συνεπώς, έχει απολέσει ακριβώς, λόγω της απουσίας του φακού, την προσαρμογή του και σημαντικό μέρος της διαθλαστικής του ισχύος. Οι πλέον σημαντικές φυσιολογικές μεταβολές οι οποίες επέρχονται σε ένα εμμέτρωπα οφθαλμό, όταν αφαιρείται ο φακός του, είναι οι εξής:

1) Η μεγάλη αύξηση της υπερμετρωπίας, η οποία ανέρχεται συνήθως σε 11,00 διοπτρίες.
2) Η ανάπτυξη, λόγω των επερχομένων μεταβολών κατά την ουλοποίηση της χειρουργικής τομής, βαθμού αστιγματισμού παρά τον κανόνα.
3) Απώλεια της προσαρμογής, η οποία καθίσταται πλέον ενοχλητική στα άτομα εκείνα, τα οποία πριν από την εγχείρηση διατηρούσαν σημαντικού βαθμού προσαρμογή.
4) Σημαντική στένωση των περιφερικών οπτικών πεδίων απουσία περιφερικής οράσεως προς όλες τις κατευθύνσεις, καθέτως και οριζοντίως, ως και η παραμόρφωση των δια της περιφερείας των διορθωτικών υάλων ορωμένων αντικειμένων.
5) Λόγω της σφαιρικής και χρωματικής ανωμαλίας ως και λόγω του πρισματικού αποτελέσματος της περιφέρειας των αφακικών υάλων δημιουργούνται προβλήματα, σύγχυση και παραμόρφωση ορωμένων αντικειμένων, ιδιαίτερα κατά τη διάβαση πεζοδρομίων ή την άνοδο και κάθοδο κλίμακας.
6) Η αφαίρεση του φακού έχει ως αποτέλεσμα την είσοδο εντός του οφθαλμού αυξημένης ποσότητας φωτός, γι' αυτό και ο ασθενής παρουσιάζει φωτοφοβία.
7) Το περιπλανώμενο περιφερικό δακτυλιοειδές σκότωμα, εκτάσεως 10-15°, το οποίο οφείλεται στο πρισματικό αποτέλεσμα της περιφέρειας της διορθωτικής υάλου, ιδίως όταν αυτή τοποθετείται σε μικρή από τον οφθαλμό απόσταση. Υπάρχει δηλαδή μία κυκλική περιοχή στο περιφερικό οπτικό πεδίο, η οποία είναι αόρατος.
8) Το σχήμα της κόρης του άφακου οφθαλμού έχει μεγάλη σημασία για την εγγύς όραση. Κλινικώς οι αφακικοί ασθενείς με πλήρη ιριδεκτομή παρουσιάζουν χαμηλότερη οπτική οξύτητα για πλησίον, συγκριτικώς προς ασθενείς μετά στρογγύλης κόρης.
9) Ωσαύτως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η περίπτωση της μονόπλευρης αφακίας σε σχέση με τον άλλο οφθαλμό τον έχοντα κάποια όραση, οπότε δημιουργούνται προβλήματα ανισοεικονίας και λίαν υψηλού βαθμού ανισομετρωπία, η οποία καταλήγει σε διπλωπία και έντονη κοπιωπία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ολα τα ανωτέρω έχουν ελαχιστοποιηθεί μετά τις νέες μεθόδους εξαγωγής του φακού δια της εξωπεριφακικής εξαιρέσεως και της τοποθετήσεως ενδοφθαλμίου ενθέτου ενδοφακού. Παρ' όλα αυτά ο εγχειρηθείς για καταρράκτη οφθαλμός ουδέποτε δύναται να έχει την αξία του υγιούς οφθαλμού. Ετσι η απώλεια του κρυσταλλοειδούς φακού εκάστου οφθαλμού εκτιμάται με ανικανότητα 20%. Σε περίπτωση που έχει τοποθετηθεί ενδοφακός, το Π.Α. εκτιμάται σε 15% για κάθε οφθαλμό. Σε εκείνες τις περιπτώσεις, όπου η οπτική οξύτητα αμφοτέρων των οφθαλμών είναι 10/10, η προκύπτουσα ανικανότητα εκ των δύο εγχειρηθέντων για καταρράκτη οφθαλμών ανέρχεται σε 40%, επειδή οι δύο υγιείς οφθαλμοί έχουν ολική αξία 20/10 (10/10+10/10=20/10).

Εάν η οπτική οξύτητα σε ένα οφθαλμό με μετεγχειρητική αφακία είναι μικρότερη από 10/10, προστίθενται στο παραπάνω ποσοστό και τόσες μονάδες όσες υπολείπονται για τη συμπλήρωση των 10/10. Π.χ. ένας οφθαλμός με μετεγχειρητική αφακία χωρίς ενδοφακό και οπτική οξύτητα 4/10 έχει Π.Α. 20% + 6% = 26%.

7.7. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

7.7.1. Θολερότητες του υαλοειδούς

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Με τον όρο θολερότητες του υαλοειδούς εννοούμε τις αλλοιώσεις της γέλης του υαλοειδούς, οι οποίες επέρχονται μετά από φυσικοχημικές εξαλλαγές αυτής και οφείλονται σε πολλαπλά αίτια:

1. Tyndall του υαλοειδούς
2. Ρευστοποίηση του υαλοειδούς
3. Συρρίκνωση του υαλοειδούς
4. Προ-αμφιβληστροειδικές μεμβράνες έλξεως (cellophane maculopathy)
5. Αποκόλληση του υαλοειδούς

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας.

7.7.2. Αιμορραγίες εντός του υαλοειδούς

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το υαλοειδές, ως στερούμενο αγγείων, δεν δύναται να παρουσιάσει αφεαυτού αιμορραγίες. Ως εκ τούτου, η παρουσία αίματος εντός αυτού είναι πάντοτε εξωγενής, οφειλόμενη σε ρήξη αγγείων εντός των περιβαλλόντων αυτό ανατομικών στοιχείων.

1. Τραυματισμοί (τυχαίοι ή χειρουργικοί)
2. Σακχαρώδης διαβήτης και γενικές άλλες παθήσεις
3. Αρτηριακή υπέρταση
4. Βλάβες των κεντρικών αγγείων
5. Φλεγμονές του αμφιβληστροειδούς και χοριοειδούς
6. Περιφλεβίτιδα και αγγειακές παθήσεις αμφιβληστροειδούς

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας.

7.7.3. Εκφυλιστικές αλλοιώσεις του υαλοειδούς

1. Μυωπικές εκφυλιστικές αλλοιώσεις
2. Σπινθηροβόλος σύγχυση

3. Κρύσταλλοι χοληστερίνης (αστεροειδή σωμάτια)
4. Ιδιοπαθής υαλοειδο-αμφιβληστροειδική δυστροφία ή εκφύλιση του Wagner ή σύνδρομο Wagner

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας.

7.7.4. Παρασιτικές παθήσεις του υαλοειδούς

1. Κυστίκερκος του υαλοειδούς από μονήρη ταινία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας.

7.7.5. Υαλοειδεκτομή (ή βιτρεκτομή)

Η υαλοειδεκτομή είναι εγχείρηση της τελευταίας 10ετίας και περιλαμβάνει δύο ενέργειες, πρώτον αυτή καθ'αυτή την αφαίρεση του υαλοειδούς σώματος (υαλοειδεκτομή) και δεύτερον ενέργειες στο επίπεδο του αμφιβληστροειδούς, π.χ. αφαίρεση επαμφιβληστροειδικών μεμβρανών κ.λπ. (macular pucker). Παράλληλα με την υαλοειδεκτομή μπορεί να γίνει αφαίρεση του φακού. Βασικά υπάρχουν δύο είδη εγχειρήσεως υαλοειδεκτομής, η ανοικτού τύπου υαλοειδεκτομή (open sky vitrectomy) και η κλειστού τύπου υαλοειδεκτομή (closed type vitrectomy) μέσω της paars plana με μικρές σκληροτομές. Διαφορά μεταξύ αυτών είναι ότι στην ανοικτού τύπου αφαιρείται πάντα ο φακός. Οι σκοποί μιας εγχειρήσεως υαλοειδεκτομής είναι η αφαίρεση θολεροτήτων του υαλοειδούς, η εξαφάνιση ή ο περιορισμός ελκτικών δυνάμεων στο επίπεδο του αμφιβληστροειδούς και η τοποθέτηση του αμφιβληστροειδούς στην ανατομική του θέση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67% [1 χρόνο]
(ανεξαρτήτως οπτικής οξύτητας, προς σταθεροποίηση του χειρουργικού αποτελέσματος και στη συνέχεια αναλόγως της οπτικής οξύτητας, εφόσον δεν υπάρχουν περαιτέρω επιπλοκές).

7.8. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΡΑΓΟΕΙΔΟΥΣ ΧΙΤΩΝΟΣ

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αν και τοπογραφικώς η ίριδα, το ακτινωτό σώμα και ο χοριοειδής χιτώνας εμφανίζονται κεχωρισμένως, εντούτοις συνδέονται τόσον στενώς μεταξύ τους, τόσον αιματολογικώς και ανατομικώς, όσον και ανοσοβιολογικώς, ώστε να σχηματίζουν ένα συνεχή ιστό, ονομαζόμενο ραγοειδή. Κατ'αυτόν τον τρόπο τις παθήσεις που προσβάλλουν ολόκληρο το ραγοειδή θα τις περιγράψουμε και θα τις θεωρήσουμε ενιαίες.

7.8.1. Φλεγμονές του ραγοειδούς

- ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΡΑΓΟΕΙΔΟΥΣ ή ΠΡΟΣΘΙΕΣ ΡΑΓΟΕΙΔΙΤΙΔΕΣ

1. Ιρίτιδα
2. Κυκλίτιδα
3. Σύνδρομο υπερτασικών ιριδοκυκλικών κρίσεων ή σύνδρομο των Posner-Schlossman
4. Ιριδοκυκλίτιδα οφειλόμενη σε γενικές λοιμώξεις, π.χ. γονοκοκκική, μετά από γρίππη ή πνευμονία, φυματιώδης, συφιλιδική, κ.λπ.
5. Ιριδοκυκλίτιδα συνοδεύουσα τις νόσους του συνδετικού ιστού (κολλαγόνου)
6. Ετεροχρωμική ιριδοκυκλίτιδα του Fuchs

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Αναλόγως της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας δύναται να κυμαίνεται επί ετεροπλεύρου προσβολής μέχρι 20% και επί αμφοτεροπλεύρου προσβολής μέχρι 35% εκτός εάν υπάρχουν επιπλοκές.

- ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΡΑΓΟΕΙΔΟΥΣ ή ΟΠΙΣΘΙΕΣ ΡΑΓΟΕΙΔΙΤΙΔΕΣ

1. Διάσπαρτος χοριοειδίτιδα
2. Κεντρική χοριοειδίτιδα
3. Τοξοπλάσμωση
4. Σαρκοείδωση ή καλόηθες λεμφοκοκκίωμα ή νόσος του Boeck
5. Ραγοειδοπαρωτίτιδα ή σύνδρομο Heerfordt
6. Σύνδρομα Αδαμαντιάδη-Behçet, Stevens-Johnson και Reiter

7. Ραγοειδίτιδα συνοδευόμενη από λεύκη, κώφωση και λεύκανση τριχών (σύνδρομο Vogt-Koyanagi)
8. Συμπαθητική οφθαλμία ή πανοφθαλμίτιδα
9. Ιστοπλασματική ραγοειδίτιδα
10. Νόσος του Harada

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του βαθμού μειώσεως της οπτικής οξύτητας και αναλόγως της εντοπίσεως των βλαβών κεντρικώς ή περιφερικώς, το ποσοστό αναπηρίας κυμαίνεται επί ετεροπλεύρου προσβολής από 20-50% και επί αμφοτεροπλεύρου προσβολής από 50% και άνω.

7.8.2. Εκφυλιστικές παθήσεις του ραγοειδούς

1. Προοδευτική ατροφία της ίριδας
2. Ιριδόσχιση
3. Κεντρική χοριοειδική ατροφία γεροντική
4. Κεντρική κενοτοπιώδης χοριοειδική ατροφία (σκληρυντική)
5. Γεωγραφική χοριοειδοπάθεια
6. Οξεία, οπίσθια, πολυεστιακή πλακώδης, μελαγχρωστική επιθηλιοπάθεια
7. Γυροειδής (gyrate) ατροφία του χοριοειδούς
8. Χοριοειδερημία
9. Αποκόλληση χοριοειδούς

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Λαμβανομένων υπόψη της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και της εντοπίσεως των αλλοιώσεων κεντρικώς ή περιφερικώς ή ακόμη και συγχρόνως, το ποσοστό αναπηρίας ανέρχεται επί ετεροπλεύρου προσβολής σε 20% έως 50% και επί αμφοτεροπλεύρου προσβολής σε 50% και άνω.

7.8.3. Συγγενείς παθήσεις του ραγοειδούς

1. Κολόβωμα του ίριδας
2. Ανιριδία
3. Κορεκτοπία
4. Πολυκορία
5. Επιμένουσα κορική μεμβράνη
6. Αλφισμός, συνοδευόμενος από έλλειψη χρωστικής της ίριδας, νυσταγμό, φωτοφοβία και στραβισμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Θα σταθμισθεί αναλόγως του προβλήματος που έχει δημιουργηθεί με την εκάστοτε οπτική οξύτητα και τη λοιπή συμπτωματολογία και άλλες επιπτώσεις, π.χ. φωτοφοβία.

7.8.4. Τραυματικές παθήσεις του ραγοειδούς

1. Θλάση ίριδας (τραυματική μυδρίαση, τραυματική μύση, διάσπαση των αντανακλαστικών της κόρης)
2. Ρήξεις ίριδας (ρήξη ελευθέρου χείλους, σφιγκτήρος, ακτινωτού κ.λπ.)
3. Ιριδοδιάλυση και ανιριδία
4. Επιθηλιακή διείσδυση εντός του προσθίου θαλάμου (επιθηλιακές ή ορώδεις κύστεις του προσθίου θαλάμου ή μαργαριταροειδείς όγκοι, κύστεις ίριδας ή επιθηλιοποίηση προσθίου θαλάμου)
5. Πρόπτωση ίριδας, τραυματικές βλάβες κυκλικού
6. Ρήξη χοριοειδούς, τραυματική αποκόλληση, αιμορραγίες χοριοειδούς
7. Αναστροφή της ίριδας, λόγω ενθέσεως αυτής μεταξύ φακού και κυκλικού

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως των επιπτώσεων του τραυματισμού και της τυχόν μειώσεως της οπτικής οξύτητας.

7.8.5. Ογκοι του ραγοειδούς

1. Καλοήθεις όγκοι

α. Κύστεις της ίριδας
β. Σπίλοι της ίριδας
γ. Αγγείωμα της ίριδας
δ. Αγγείωμα του χοριοειδούς
ε. Μυώματα του κυκλικού
στ. Ψευδοαδενώματα του κυκλικού

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Θα εξαρτηθεί από το εάν υφίστανται επιπτώσεις επί της οράσεως του πάσχοντος.

2. Κακοήθεις όγκοι

α. Επιθηλίωμα της ίριδας
β. Σάρκωμα της ίριδας (μελανοσάρκωμα - λευκοσάρκωμα)
γ. Επιθηλίωμα και σάρκωμα του κυκλικού
δ. Σάρκωμα του χοριοειδούς
ε. Μεταστατικοί όγκοι του χοριοειδούς
στ. Μελάνωμα του χοριοειδούς

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τον βαθμό κακοήθειας του όγκου και του σταδίου στο οποίο ευρίσκεται το ποσοστό αναπηρίας ανέρχεται από 50% και άνω.

Ειδικώς για το κακόηθες μελάνωμα του χοριοειδούς ανεξαρτήτως εντοπίσεως 80% επί διετία και στη συνέχεια 67% επί τριετία. Μετά την πενταετία και επί απουσίας μεταστάσεων 50%.

7.8.6. Κακόηθες μελάνωμα του ραγοειδούς

Το κακόηθες μελάνωμα του ραγοειδούς είναι ο συχνότερος ενδοφθάλμιος κακοήθης όγκος. Προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα. Δύναται να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά περισσότερο συχνά προσβάλλει ηλικιωμένα άτομα. Πολλά κακοήθη μελανώματα του χοριοειδούς δημιουργούνται σε προϋπάρχοντες σπίλους. Η συχνότητά τους στη λευκή φυλή υπολογίζεται σε 1 περιστατικό/100.000 κατοίκους/έτος. Στη χώρα μας έχουμε γύρω στα 100 μελανώματα το χρόνο. Από τα κακοήθη μελανώματα του ραγοειδούς τη χειρότερη πρόγνωση έχουν τα κακοήθη μελανώματα του ακτινωτού.

Μικροσκοπική ταξινόμηση των μελανωμάτων

Η ταξινόμηση του Callender είναι η περισσότερο αντιπροσωπευτική και ευρύτερα αποδεκτή. Κατ'αυτή τα κακοήθη μελανώματα διακρίνονται σε:

α) Ατρακτοειδή τύπου Α
β) Ατρακτοειδή τύπου Β
γ) Δεσμιδωτά
δ) Μικτά
ε) Επιθηλιοειδή
στ) Νεκρωτικά

Ατρακτοειδή τύπου Α κακοήθη μελανώματα στο ραγοειδή χιτώνα εμφανίζουν πενταετή επιβίωση σε αναλογία 95%. Ατρακτοειδή τύπου Β κακοήθη μελανώματα εμφανίζουν πενταετή επιβίωση σε αναλογία 84%. Τα ύψη αυτά επιβιώσεως τροποποιούνται αναλόγως με το μέγεθος του όγκου, την εγκαιρότητα της διαγνώσεως και την παρουσία ή μη εξωβολβικής επεκτάσεως. Αν όλα τα ατρακτοειδή κύτταρα θεωρηθούν ως ομάδα, υπολογίζεται ότι το 75% των προσβεβλημένων ασθενών θεραπεύεται, δηλαδή υπάρχει επιβίωση. Ο δεσμιδικός τύπος του ραγοειδικού κακοήθους μελανώματος αντιστοιχεί περισσότερο σε ιστολογικό σχέδιο και όχι σε ειδικό κυτταρικό τύπο. Το μελάνωμα αυτό έχει την πρόγνωση των αντιστοίχων όγκων με κύτταρα ατρακτοειδή τύπου Α ή Β. Η πρόγνωση του επιθηλιοειδούς τύπου, όταν εμφανίζεται υπό αμιγή μορφή, είναι πολύ κακή (παρουσιάζει επιβίωση μικρότερη από 30%). Ο μικτός κυτταρικός τύπος παρουσιάζει ένα συνδυασμό ατρακτοειδών και επιθηλιοειδών κυττάρων και εμφανίζει θνητότητα 50% μετά την πενταετία, αλλά η πρόγνωση επιβαρύνεται όσον αυξάνεται το ποσοστό παρουσίας επιθηλιοειδών κυττάρων στον όγκο. Ο νεκρωτικός τύπος υποδηλώνει μια μικροσκοπική εικόνα κατά την οποία τα κύτταρα του όγκου καθίστανται τόσο νεκρωτικά, ώστε η ιστολογική τους κατάταξη να είναι ανέφικτη.

Επέκταση και μεταστάσεις

Οι κύριοι οδοί εξόδου κυττάρων του όγκου από το βολβό είναι οι περιδίνητες φλέβες. Από τις συνήθως τέσσερις ή και περισσότερες καμιά φορά περιδίνητες, η πιθανότητα επεκτάσεως του όγκου αυξάνει όσο μεγαλύτερη είναι η επιφάνειά του. Εκτός από τις περιδίνητες σημεία εξόδου αποτελούν τα διατιτραίνοντα τον σκληρό αγγειά και νεύρα. Σε αντίθεση με το ρετινοβλάστωμα, στο οποίο η διήθηση του οπτικού νεύρου είναι συχνή, το ραγοειδές κακόηθες μελάνωμα πολύ σπάνια διηθεί το οπτικό νεύρο. Η συχνότερη θέση μεταστάσεως είναι το ήπαρ, γι'αυτό πάντοτε συνιστάται υπερηχογράφημα και σπινθηρογράφημα ήπατος, υπάρχουν όμως και οστικές και πνευμονικές μεταστάσεις.

Συντηρητική θεραπεία: Στις σύγχρονες μεθόδους συντηρητικής θεραπείας των μελανωμάτων ανήκουν: 1) η ακτινοθεραπεία και 2) η φωτοπηξία.

• Η *ακτινοθεραπεία* επιτυγχάνεται με α) δίσκους που εκπέμπουν γ-ακτινοβολία, όπως είναι το ραδιενεργό κοβάλτιο (^{60}Co) περικλειόμενο και ομοιομόρφως κατανεμημένο μέσα σε δίσκο από πλατίνα, επίσης το ραδιενεργό ιώδιο (^{125}I). β) Δίσκους που εκπέμπουν σωματίδια βήτα υψηλής ενέργειας (ηλεκτρόνια). Τις προϋποθέσεις αυτές πληροί το ρουθήνιο/ρόδιο 106 ($^{106}Ru/^{106}Rh$). Τους δίσκους ρουθηνίου χρησιμοποιούμε για τη θεραπεία όγκων των οποίων το πάχος δεν υπερβαίνει τα 5 χιλ. και βρίσκονται σε απόσταση 4 χιλ. τουλάχιστο από το δίσκο της θηλής του οπτικού νεύρου ή την ωχρά κηλίδα. γ) Ακτινοβολία με επιταχυνόμενα πρωτόνια, τα οποία προκαλούν βλάβες στο DNA των καρκινικών κυττάρων και τα καταστρέφουν.

• Η *φωτοπηξία* χρησιμοποιείται σήμερα μόνο ως συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδος για τον περιορισμό της αποκολλή-

σεως του αμφιβληστροειδούς πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την ακτινοθεραπεία.

Εξόρυξη

Σε εξόρυξη προβαίνουμε μόνο σε ορισμένες εξαιρετικές καταστάσεις και ιδιαίτερα: 1) όταν ο όγκος πληρεί πλέον του 50% του βολβού, 2) σε μελανώματα, που συνδέονται από νεοαγγειακό γλαύκωμα, 3) σε όγκους με διάχυτη εξωβολβική επέκταση και 4) σε όγκους που διηθούν μακροσκοπικώς το οπτικό νεύρο.

7.8.7. Τοξοπλάσμωση

Συγγενής και επίκτητη

Οι μορφές της τοξοπλασμώσεως στον οφθαλμό είναι:

• Συγγενής μεταβιβάζεται δια του πλακούντος. Ουλή εκτεταμένη στην ωχρά κηλίδα - ατροφία οπτικού νεύρου - καταρράκτης - μικροφθαλμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ετερ 50-67%
- Αμφω 67-80%

• Η επίκτητη τοξοπλάσμωση ανάγεται στις φλεγμονές του ραγοειδούς.

7.9. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΧΙΤΩΝΟΣ

7.9.1. Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
  Ετερ 67%
  Αμφω 80%
- Ιδιοπαθής αποκόλληση
  - Ρωγμή χωρίς αποκόλληση (θεραπεία laser)
    Ετερ .... 35-40% [1 χρόνο]
    Αμφω .... 40-50% [1 χρόνο]
  - Επίπεδη αποκόλληση με ρωγμή (ανάλογα με την οπτική οξύτητα)
    Ετερ .... 67% [1 χρόνο]
    Αμφω .... 67% και άνω [1 χρόνο]
  - Προχωρημένη αποκόλληση (ανάλογα με την οπτική οξύτητα)
    Ετερ .... 80% [1 χρόνο]
    Αμφω .... > 80%
  - Αφακη αποκόλληση
    Ετερ 80%
    Αμφω .... > 80%
  - Τραυματική αποκόλληση (ανάλογα με την οπτική οξύτητα)
    Ετερ .... 35-50% [1 χρόνο]
    Αμφω 67%
- Χειρουργική αποκόλληση (για 1 χρόνο ανάλογα με την οπτική οξύτητα)
  Ετερ .... 67% [1 χρόνο]
  Αμφω .... > 80%
- Αλλες εκφυλίσεις περιφερείας που προκαλούν αποκόλληση (αναλόγως επιπτώσεως στην οπτική οξύτητα).

7.9.2. Μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πρόκειται για εκφυλιστική κατάσταση του αμφιβληστροειδούς η οποία προοδευτικά εξελίσσεται προς το χειρότερο, είναι

συγγενής και μεταβιβάζεται κατά τον επικρατούντα και υπολειπόμενο χαρακτήρα και σπανίως με το φυλοσύνδετο τύπο. Είναι μια πρωτοπαθής προοδευτική αβιατροφία που αφορά σε εξωτερικές στιβάδες του αμφιβληστροειδούς.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο (στην εφηβεία)

Απλή αύξηση του μελαγχρόου επιθηλίου και σκλήρυνση των αγγείων του αμφιβληστροειδούς. Προσβάλλεται η μέση ζώνη του βυθού· δακτυλιοειδές σκότωμα, νυκταλωπία, μειωμένο το ΗΑΓ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 25-35%

2ο Επίπεδο

Η οπτική οξύτητα επηρεάζεται αρκετά, το οπτικό πεδίο 30°-40° (κεντρικό σκότωμα). Η θηλή έχει χρώμα κηρώδες, εμφανίζονται οστεοβλάστες χρωστικής και στην κεντρική περιοχή. Το ΗΑΓ είναι στο φωτεινό ερέθισμα σχεδόν εξαφανισμένο.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Θεραπεία δεν υπάρχει· ο ασθενής έχει πρόβλημα μετακίνησης σε άγνωστο περιβάλλον και πολύ περισσότερο με τα μέσα μεταφοράς. Ο πάσχων σκοντάφτει σε διάφορα αντικείμενα. Υπάρχει ψυχολογική επιβάρυνση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%

3ο Επίπεδο

Οστεοβλάστες κατέχουν την κεντρική περιοχή και καταλαμβάνουν όλες τις στιβάδες του αμφιβληστροειδούς και τα γαγγλιακά κύτταρα, αγγεία στενωμένα, θηλή ωχροκίτρινη. ΗΑΓ επίπεδο στο φωτεινό ερέθισμα. Τα οπτικά πεδία (σωληνοειδής όραση) 5-10%.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση πρακτικώς τυφλώσεως με μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... > 80%

Δικαιούται επιδόματος τυφλότητας εφόρου ζωής.

7.9.3. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) είναι μικροαγγειοπάθεια των τριχοειδών του αμφιβληστροειδούς. Αποτελεί την σοβαρότερη επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη από τον οφθαλμό και θεωρείται το συχνότερο αίτιο τυφλώσεως σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών.

Σημειωτέον ότι η ρύθμιση του σακχάρου του αίματος δεν επηρεάζει σημαντικά την εξέλιξη της ΔΑ, άπαξ και αυτή εμφανισθεί.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο (αρχόμενη ΔΑ)

Κλινική εικόνα

Οφθαλμοσκοπικώς και φλουοροαγγειογραφικώς παρατηρείται διάταση των φλεβών του αμφιβληστροειδούς. Η οπτική οξύτητα δεν επηρεάζεται.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πιθανότητα να μεταπέσει σε ΔΑ υποστρώματος είναι μεγάλη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10%

2ο Επίπεδο (ΔΑ υποστρώματος)

Οφθαλμοσκοπικώς παρατηρούνται μικροανευρύσματα, αιμορραγίες, σκληρά και μαλακά εξιδρώματα. Επιπλέον, φλουροαγγειογραφικώς παρατηρούνται παθολογική βατότητα του τοιχώματος των τριχοειδών, απόφραξη τριχοειδών και άλλες ανωμαλίες της μικροκυκλοφορίας του αμφιβληστροειδούς. Εάν υπάρχει οίδημα της ωχράς περιορίζεται σημαντικά η οπτική οξύτητα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση επιβαρύνεται όταν εκτός των μικροανευρυσμάτων υπάρχουν και αιμορραγίες ή εξιδρώματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 15%-25%

Επί ωχροπαθείας προστίθεται και το ποσοστό από τη μείωση της οπτικής οξύτητας.

3ο Επίπεδο (παραγωγικού τύπου ΔΑ)

Κλινικά ευρήματα

Οφθαλμοσκοπικώς και φλουροαγγειογραφικώς παρατηρούνται εκτός των ευρημάτων του προηγουμένου επιπέδου και νεοαγγείωση με ή χωρίς ανάπτυξη ινώδους ιστού που οδηγεί σε ενδοϋαλοειδικές αιμορραγίες, οργάνωση του υαλοειδούς και αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Εαν αποκολληθεί και η ωχρά τότε υπάρχει απώλεια της οράσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή και είναι βαρύτερη όταν η νεοαγγείωση αναπτυχθεί κοντά στην οπτική θηλή. Ο πάσχων διακατέχεται από το άγχος της επικείμενης τυφλώσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50% και άνω

7.9.4. Κυκλοφορικές διαταραχές

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβληστροειδούς35%
- Απόφραξη της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (ΚΦΑ)· η μείωση της οπτικής οξύτητας είναι προοδευτική. Αναλόγως της οπτικής οξύτητας
- Απόφραξη κλάδου ΚΦΑ 25-30%
- Υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια
  Ετερ 20-25%
  Αμφω 50-67%
- Κακοήθης υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια
  Ετερ 35-50%
  Αμφω .... 67% και άνω

7.9.5. Φλεγμονώδεις παθήσεις του αμφιβληστροειδούς

Περιαγγειΐτιδα ή νόσος του Eales αγνώστου αιτιολογίας. Ηλικία 30-40 ετών. Ανδρες.

- 1ο Στάδιο: Οίδημα γύρω από τα αγγεία, μείωση της οπτικής οξύτητας και μυαλγίες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ετερ 25-35%
- Αμφω 50-67%

- 2ο Στάδιο: Αιμορραγίες και θολερότητες υαλοειδούς, η οπτική οξύτητα < 2-4/10

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ετερ 35-50%
- Αμφω 67%

- 3ο Στάδιο: Περιφερική νεοαγγείωση με εκτεταμένες αιμορραγίες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Αμφω .... 67-80% σε συσχετισμό της οπτικής οξύτητας

- 4ο Στάδιο: Ανάπτυξη συνδετικού ιστού - αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, αιμορραγία στο υαλοειδές μέχρι τύφλωση

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ετερ .... > 50%
- Αμφω .... > 80% χρήζει επίδομα τυφλότητας.

7.9.6. Ωχροπάθειες

Α. ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ

1. Οπίσθια, πολυ-εστιακή πλακοειδής, μελαγχρωστική ωχροπάθεια (επιθηλιοπάθεια).
2. Κυκλική ωχροπάθεια (circinate maculopathy).
3. Προ - γεροντική δισκοειδής εκφύλιση της ωχράς.
4. Γεροντική δισκοειδής εκφύλιση της ωχράς.
5. Αστεροειδής εκφύλιση της ωχράς (stellate maculopathy) συνεπεία υπερτάσεως ή αγγειακών νόσων.
6. Κεντρική ορώδης ωχροπάθεια ή χοριο-αμφιβληστροειδοπάθεια.
7. Τοξοπλασματική ωχροπάθεια ή κολόβωμα της ωχράς.
8. Τραυματική ωχρική εκφύλιση ή τραυματική ωχροπάθεια ή οίδημα του Berlin, καταλήγουσα σε οπή της ωχράς.
9. Cellophane maculopathy, λόγω υπάρξεως ωχρικών μεμβρανών.
10. Κυστεοειδές οίδημα και κυστεοειδής εκφύλιση της ωχράς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Βάσει της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων.

Β. ΔΥΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΕΣ

1. Αφορώσες τη νευρική στιβάδα

Νεανική ρετινόσχιση υπό μορφή κυστεοειδούς δυστροφίας της ωχράς και του κεντρικού αμφιβληστροειδούς. Το ΗΑΓ είναι μη φυσιολογικό. Το ΗΟΓ είναι φυσιολογικό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Βάσει της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων.

2. Αφορώσες το νευρο-επιθήλιο

α. Ωχροπάθεια του Stargardt (νεανική).
β. Ωχροπάθεια του Behr (ενηλίκων).
γ. Ωχροπάθεια του Best (παιδιών) ή λεκιθική ωχροπάθεια.
δ. Προοδευτική δυστροφία των κωνίων της ωχράς, συνοδευόμενη από έντονη φωτοφοβία.
ε. Επικρατούσα δυστροφία του ωχρικού βοθρίου.

Το ΗΑΓ και το ΗΟΓ είναι μη φυσιολογικά και τα οπτικά πεδία με βλάβες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Βάσει της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων.

3. Αφορώσες το μελάγχρουν επιθήλιο

α. Δικτυωτή δυστροφία του μελάγχρου επιθηλίου του Sjögren.
β. Δυστροφία του μελάγχρου επιθηλίου δίκην πεταλούδας (butterfly shaped pigment dystrophy).
γ. Κιτρινοκηλιδώδης δυστροφία ή flavimaculatus.
δ. Υαλοειδής δυστροφική ωχροπάθεια ή κηρηθρόμορφος δυστροφία του Doyne.
ε. Ψευδο-φλεγμονώδης δυστροφία του Sorsby.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Βάσει της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων.

Γ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΣ ΛΙΠΟΕΙΔΩΣΕΙΣ

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλονται σε διαταραχή του μεταβολισμού των λιποειδών και χαρακτηρίζονται από την άθροιση λιποειδών εντός των γαγγλιακών κυττάρων του εγκεφάλου και του αμφιβληστροειδούς, τα οποία μετατρέπονται σε σπογγώδη κύτταρα.

1. Αμαυρωτική οικογενής ιδιωτία ή νόσος των Tay-Sachs.
2. Ωχρο-εγκεφαλική οικογενής εκφύλιση ή νόσος των Batten - Mayou ή νεανική μορφή της νόσου των Tay-Sachs.
3. Λιποειδής ιστιοκύτωση ή νόσος των Niemann - Pick.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Βάσει της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων.

7.10. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΠΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Οι παθήσεις του οπτικού νεύρου διακρίνονται ως ακολούθως:

α) Συγγενείς παθήσεις του οπτικού νεύρου
β) Τραυματικές παθήσεις του οπτικού νεύρου
γ) Φλεγμονώδεις παθήσεις του οπτικού νεύρου
δ) Εκφυλιστικές παθήσεις του οπτικού νεύρου
ε) Ογκοι του οπτικού νεύρου
στ) Αγγειακές παθήσεις του οπτικού νεύρου
ζ) Τοξικές και στερητικές νευροπάθειες

7.10.1. Συγγενείς παθήσεις

1. Συγγενείς οπές του οπτικού δίσκου
2. Υποπλασία και απλασία οπτικού νεύρου
3. Morning glory ανωμαλία θηλής
4. Παραμονή θηλής του Bergmeister
5. Προς τα κάτω κλίση του οπτικού δίσκου
6. Κολοβώματα
7. Παραμονή εμμυέλων ινών
8. Drusen θηλής
9. Περιθηλαίο σταφύλωμα

Κλινικά σημεία

Οι συγγενείς οπές της κεφαλής του οπτικού νεύρου εμφανίζονται ως στρογγύλες ή ωοειδείς κοιλάνσεις μέσα στον οπτικό δίσκο. Ο υποπλαστικός οπτικός δίσκος εμφανίζεται μικρός και ωχρός και περιβάλλεται από λευκοκίτρινο δακτύλιο. Η συγγενής ανωμαλία η ομοιάζουσα με το άνθος Morning glory (πρωϊνή δόξα) οφθαλμοσκοπικώς εμφανίζεται με μία μεγαλύτερη κοίλανση του οπτικού δίσκου, λευκού χρώματος με εμφάνιση νευρογλοιακού ιστού στο κέντρο, δακτυλιοειδή περιθηλαία υπαμφιβληστροειδική υπέγερση και χοριοαμφιβληστροειδικές χρωματικές εναποθέσεις. Τα κολοβώματα είναι συγγενείς ή επίκτητες εγκοπές, σχισμές ή ελλείμματα κατά τον οπτικό δίσκο. Η προς τα κάτω κλίση του οπτικού δίσκου ή κολόβωμα του Fuchs ή ανάστροφος μυωπία ή diversion της οπτικής θηλής οφθαλμοσκοπικώς εμφανίζεται ως ένας οπτικός δίσκος με κλίση προς τα κάτω και επιμηκέστερος οριζόντια από ό,τι κάθετα. Η παραμονή της θηλής του Bergmeister εμφανίζεται σαν μικροσκοπικά αθροίσματα λευκού ιστού, τα οποία καλύπτουν τον οπτικό δίσκο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της επιπτώσεως επί της οπτικής οξύτητας και των υπαρχουσών ή μη διαταραχών των οπτικών πεδίων (προϋπάρχουσα κατάσταση).

7.10.2. Τραυματικές παθήσεις

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι τραυματικές παθήσεις του οπτικού νεύρου δυνατόν να οφείλονται σε άμεσο τραυματισμό αυτού καθαυτού του νεύρου ή σε έμμεσο τραυματισμό κατόπιν κακώσεως του κρανίου. Στην πρώτη περίπτωση ο τραυματισμός αφορά μόνο το ένα νεύρο, στη δεύτερη συνήθως και τα δύο. Το οπτικό νεύρο δύναται να πληγεί καθόλη τη διαδρομή του, συνήθως όμως οι ενδοκογχικοί και οι ενδοοπτικοσηραγγικοί τραυματισμοί είναι οι συχνότεροι. Οι τραυματισμοί της κεφαλής του οπτικού νεύρου είναι σπάνιοι. Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται συνήθως περί αλλοτρίου σώματος, το οποίο εισερχόμενο εντός του βολβού φθάνει στη θηλή, όπου και εγκαθίσταται. Μία ιδιαίτερη μορφή τραυματισμού της κεφαλής του οπτικού νεύρου είναι η απόσπαση του οπτικού νεύρου (evulsio nervi optici), κατά την οποία επέρχεται ρήξη των οπτικών ινών κατά τον σκληραίο δακτύλιο.

Κλινικά σημεία

Κλινικώς οι τραυματισμοί εκδηλούνται με απώλεια της οράσεως ενός ή αμφοτέρων των οφθαλμών, διαστολή της κόρης, απώλεια των αντανακλαστικών της, ενίοτε οίδημα της θηλής και σπανιώτερα με την παρουσία μελανού αιμορραγικού δακτυλίου γύρω από τη θηλή ο οποίος υποδηλώνει την παρουσία αιματώματος εντός των ελύτρων του οπτικού νεύρου· ωσαύτως παρατηρούνται άφθονες αιμορραγίες και εξιδρώματα, ως και αποχρωματισμός της θηλής μέχρι και ατροφία της.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις επί της οπτικής οξύτητας και των σχετικών διαταραχών των οπτικών πεδίων.

7.10.3. Φλεγμονώδεις παθήσεις

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το οπτικό νεύρο φλεγμαίνει και προκαλεί εκδηλώσεις από τον οπτικό δίσκο. Η φλεγμονή του οπτικού νεύρου λέγεται οπτική νευρίτιδα και ανάλογα με το τμήμα το οποίο προσβάλλεται χρησιμοποιούνται διάφοροι όροι.

1. Πρόσθια οπτική θηλίτιδα ή θηλίτιδα και -εάν η φλεγμονή αφορά εκτός από τον οπτικό δίσκο και τον περιθηλαίο αμφιβληστροειδή- τότε χρησιμοποιείται ο όρος οπτική νευροαμφιβληστροειδίτιδα.
2. Εαν υπάρχει συμπτωματολογία νευρίτιδας χωρίς οίδημα του οπτικού δίσκου ομιλούμε για οπισθοβολβική νευρίτιδα.
3. Εαν η προσβολή αφορά τα περιβλήματα του νεύρου και η οποία εκδηλώνεται με οίδημα του οπτικού δίσκου χωρίς να υπάρχει μείωση της οπτικής οξύτητας ή ευρήματα από τα οπτικά πεδία, τότε λέγεται οπτική περινευρίτιδα. Η αιτιολογία των νευριτίδων προέρχεται από απομυελινωτικές νόσους (κατά πλάκας σκλήρυνση, οπτική νευρομυελίτιδα του Devic, διάχυτη εγκεφαλοπάθεια κ.λπ.), από γενικές λοιμώξεις (ιώσεις, παράσιτα, μυκητιάσεις, βακτηριδιακές κ.λπ.), από εστιακές λοιμώξεις (παραρρινοκολπίτιδα, απόστημα οδόντων, αμυγδαλίτιδα, χολοκυστίτιδα, φλεγμονές πεπτικού, ουροποιητικού) και από συστηματικές παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, αναιμίες, κολλαγονώσεις, ενδοκρινικές διαταραχές, τοξικές και στερητικές νόσοι κ.λπ.).

Κλινικά σημεία

Κύριο σύμπτωμα η απότομη πτώση της οπτικής οξύτητας, η οποία ποικίλλει από μερικά δέκατα έως πλήρους τυφλώσεως. Οφθαλμοσκοπικώς χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση οιδήματος του οπτικού δίσκου, ως και από περιθηλαίες αιμορραγίες και περιχειρίδες των φλεβών πλησίον του οπτικού δίσκου. Η κόρη παρουσιάζει διαταραχές των αντανακλαστικών, ενίοτε ασυμμετρία και σχεδόν πάντοτε afferent papillary defect. Το οπτικό πεδίο εμφανίζει μεγάλη ποικιλία ευρημάτων με κύρια εκδήλωση το κεντρικό σκότωμα. Επίσης υπάρχουν διαταραχές στην αντίληψη των χρωμάτων. Σε κάθε προσβολή υπάρχουν διαταραχές της αγωγιμότητας, γι'αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε τα προκλητά δυναμικά του ινιακού λοβού. Στην οπισθοβολβική νευρίτιδα πρέπει να γίνεται περαιτέρω έρευνα με την αξονική τομογραφία και την φλουοροφωτομετρία. Σε μικρό ποσοστό η οπτική νευρίτιδα εμφανίζεται αμφοτεροπλεύρως. Οφθαλμοσκοπικώς μετά την πάροδο της φλεγμονής παρατηρείται κάποιου βαθμού αποχρωματισμός της θηλής του οπτικού δίσκου στο 50-80% και μικρά εστιακά σημεία από τα οπτικά πεδία, ενώ τα προκλητά δυναμικά του ινιακού λοβού δεν είναι φυσιολογικά. Υποτροπή των νευριτίδων παρουσιάζεται σε ποσοστό 15-25%.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε συνάρτηση με τα προβλήματα επί της οράσεως και τα ευρήματα των οπτικών πεδίων.

7.10.4. Εκφυλιστικές παθήσεις

1. Ατροφία οπτικού νεύρου

Η ατροφία του οπτικού νεύρου δεν είναι νόσος, αλλά μορφολογικά επακόλουθα οποιασδήποτε νόσου ή παθήσεως που προκαλεί βλάβη στο γαγγλιακό κύτταρο ή τον νευράξονα. Η βλάβη δυνατόν να είναι ισχαιμία, φλεγμονή, συμπίεση, διήθηση ή απομυελίνωση. Η ατροφία διακρίνεται ανάλογα προς την προέλευσή της σε: δευτεροπαθή (όταν συνοδεύει χοριοαμφιβληστροειδικές παθήσεις), γλαυκωματική, αγγειακή, μεταοιδηματική.

2. Κληρονομική ατροφία του Leber ή νόσος του Leber

Είναι νόσος κληρονομική και οικογενής και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πρωτοπαθούς ατροφίας του οπτικού νεύρου υπό μορφή οπισθοβολβικής νευρίτιδας. Σύγχρονες παρατηρήσεις απέδειξαν τη συχνή ύπαρξη οιδήματος της θηλής κατά την έναρξη της νόσου. Εμφανίζεται στους άρρενες μεταξύ 20ού - 30ού έτους και στους θήλεις μεταξύ 10ου-20ού έτους και 30ού-40ού. Η νόσος είναι πάντοτε αμφοτερόπλευρος.

Κλινικά σημεία

Η διάγνωση της ατροφίας του νεύρου από κλινικής πλευράς θα στηριχθεί στην οφθαλμοσκοπική εικόνα του οπτικού δίσκου. Χαρακτηρίζεται από τη μεταβολή του χρώματος του οπτικού δίσκου, ο οποίος από ερυθροκίτρινος γίνεται γκριζόλευκος. Η διάγνωση της ατροφίας θα στηριχθεί επιπλέον στην εξέταση των οπτικών πεδίων, τη μελέτη της αντιλήψεως των χρωμάτων, στην εξέταση των αντανακλαστικών της κόρης και την ηλεκτροφυσιολογική έρευνα. Η νόσος του Leber εξελισσόμενη οδηγεί στην ατροφία του οπτικού νεύρου, με σαφή όρια και με απόλυτο κεντρικό σκότωμα. Τα αντανακλαστικά της κόρης είναι πάντοτε φυσιολογικά και ο χοριοαμφιβληστροειδής ουδέποτε παρουσιάζει αλλοιώσεις. Η νόσος, όταν φθάσει στο απόγειόν της δεν εξελίσσεται περαιτέρω. Η προσβολή αφορά συγχρόνως αμφότερα τα οπτικά νεύρα. Σε ποσοστό 25-30% προσβάλλεται κατά πρώτον το ένα νεύρο και κατόπιν το άλλο.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε συνάρτηση με την οπτική οξύτητα και τα οπτικά πεδία.

Ως προϋπάρχουσα πάθηση ποσοστό αναπηρίας 35-50% στο οποίο προστίθεται ποσοστό επιδεινώσεως.

7.10.5. Ογκοι του οπτικού νεύρου

1. Ογκοι της ενδοβολβικής μοίρας, που εντοπίζονται στον οπτικό δίσκο:
   α) Μελαγχρωστικοί όγκοι, που μπορεί να είναι μελανοκυτώματα ή κακοήθη μελανώματα.
   β) Αγγειωμάτωση του Von Hippel-Lindau, η νόσος του Bourneville, η νόσος του Recklinghausen.
   γ) Ογκοι νευρογενείς, ενδοθηλιώματα, περιθηλιώματα, ψαμμώματα, νευροκυτώματα και κυρίως γλοιώματα.
2. Ογκοι της ενδοκογχικής μοίρας, οι οποίοι είναι οι συνηθέστεροι.
3. Ογκοι της ενδοκρανιακής μοίρας.
4. Γλοιώματα.
5. Μηνιγγιώματα.
6. Μελανώματα.

Κλινικά σημεία

Τα συνηθέστερα πρωτοπαθή νεοπλάσματα του οπτικού νεύρου είναι τα γλοιώματα. Η ανάπτυξη των γλοιωμάτων είναι βραδεία, επεκτείνονται συνήθως προς τον εγκέφαλο και προσβάλλεται το οπτικό χίασμα και η λοιπή οπτική οδός.

Συχνά επηρεάζονται οι υποθαλαμικοί σχηματισμοί γύρω από την 3η κοιλία με αποτέλεσμα υπολειτουργία της υποφύσεως, παχυσαρκία, προοδευτικό υδροκέφαλο. Τα μηνιγγιώματα εμφανίζονται συνήθως μετά το 30ό έτος της ηλικίας. Σε αντίθεση με τα γλοιώματα, τα μηνιγγιώματα των ελύτρων του οπτικού νεύρου έχουν την τάση να διατρήσουν τη σκληρή μήνιγγα και να καταλάβουν τον κόγχο. Πτώση της οπτικής οξύτητας εμφανίζεται μόνο στις περιπτώσεις που ο όγκος καταλαμβάνει την οπισθοβολβική μοίρα του οπτικού νεύρου. Οι μελαγχρωστικοί όγκοι της κεφαλής του οπτικού νεύρου (μελανώματα) θεωρούνται κακοήθεις και το πιθανότερο προέρχονται από παραθηλαίο μελάνωμα του χοριοειδούς.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Καθορίζεται από το βαθμό της οπτικής οξύτητας και τα ευρήματα των οπτικών πεδίων. Στο ποσοστό αυτό προστίθεται ποσοστό αναπηρίας προερχόμενο από τον όγκο και τις επιπτώσεις του στα άλλα συστήματα.

7.10.6. Αγγειακές παθήσεις

Πρόσθια ισχαιμική οπτικοπάθεια

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα συστηματικά αποφρακτικά αγγειακά νοσήματα είναι δυνατόν να προσβάλλουν τις οπίσθιες ακτινοειδείς αρτηρίες, την κεντρική αρτηρία του αμφιβληστροειδούς ή και την κεντρική φλέβα. Η πρόσθια ισχαιμική οπτικοπάθεια αποτελεί σοβαρή πάθηση της κεφαλής του οπτικού νεύρου και πρόκειται για ισχαιμική βλάβη. Τα πιο συχνά αίτια είναι: α) η γενικευμένη αθηροσκλήρωση ή αρτηριοσκλήρυνση, β) τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ιδιαίτερα οι παθήσεις των καρωτίδων και η υπέρταση και γ) η κροταφική αρτηρίτιδα. Η πάθηση προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών, ενώ και ο άλλος οφθαλμός μπορεί επίσης να προσβληθεί μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Η ταυτόχρονη προσβολή αποτελεί εξαίρεση.

Κλινικά σημεία

Το κύριο σύμπτωμα είναι η μερική ή και ολική απώλεια της οράσεως, η οποία δύναται να είναι μόνιμη ή και παροδική. Οφθαλμοσκοπικώς παρατηρείται ισχαιμικό οίδημα του οπτικού δίσκου με ή και χωρίς αιμορραγίες. Μετά πάροδο 2-3 μηνών ο οπτικός δίσκος εμφανίζει ατροφία με ή και χωρίς κοίλανση. Εάν η προσβολή είναι τμηματική, τότε η ατροφία αφορά μόνο στο ισχαιμικό τμήμα. Εάν υπάρχει θηλο-ωχρική αρτηρία είναι δυνατόν και αυτή να αποφραχθεί.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της μειώσεως της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων.

7.10.7. Τοξικές και στερητικές νευροπάθειες

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η απορρόφηση διαφόρων ουσιών ή η έλλειψη άλλων απαραιτήτων στον οργανισμό συνοδεύονται από προσβολή του οπτικού νεύρου, η οποία χαρακτηρίζεται από αμφοτερόπλευρη απώλεια της οράσεως με ή χωρίς οίδημα του οπτικού δίσκου. Διακρίνουμε διάφορες μορφές νευροπαθειών:

1. Τροφική αμβλυωπία. Προκαλείται από την έλλειψη βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β (B_1, B_2, B_6, B_{12}, νικοτινικό οξύ και φυλλικό οξύ).
2. Αμβλυωπία από νικοτίνη και οινόπνευμα. Χαρακτηρίζει άτομα που κάνουν μεγάλη κατανάλωση καπνού και οινοπνευματωδών.
3. Τοξική νευροπάθεια από φάρμακα (χρώματα ανιλίνης, εθαμβουτόλη, κινίνη, μόλυβδος, στρεπτομυκίνη, φαινοθειαζίνες, μεπροβαμάτη, χλωροπροπαμίδη, σουλφοναμίδες κ.λπ.).

Κλινικά σημεία

Η μείωση της οπτικής οξύτητας κυμαίνεται από ολίγα δέκατα μέχρι απώλεια αντιλήψεως φωτός. Το οπτικό πεδίο παρουσιάζει κεντρικό ή κεντροτυφλικό (cecocentral) σκότωμα. Η προσβολή του νεύρου καταλήγει σε αμφοτερόπλευρη ατροφία. Στις περισσότερες περιπτώσεις η απομάκρυνση του παράγοντος που προκαλεί το πρόβλημα ακολουθείται από βαθμιαία επάνοδο στη φυσιολογική οξύτητα και οπτικό πεδίο σε μερικές εβδομάδες. Με τη διακοπή του καπνίσματος επανέρχεται ευκολότερα η όραση παρά με τη διακοπή του οινοπνεύματος. Ωσαύτως υπάρχει πρώιμη διαταραχή της αντιλήψεως των χρωμάτων και συνήθως απώλεια της αντιλήψεως του ερυθρού χρώματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάγεται στο ποσοστό οπτικής οξύτητας και των διαταραχών των οπτικών πεδίων.

7.11. ΓΛΑΥΚΩΜΑΤΑ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλονται στην παρακώλυση της παροχέτευσης του υδατοειδούς υγρού μέσω του ηθμού (trabeculum) της γωνίας του προσθίου θαλάμου.

Οταν το κώλυμα ευρίσκεται στον ηθμό, ενώ είναι ορατά γωνιοσκοπικώς όλα τα ανατομικά στοιχεία της γωνίας του προσθίου θαλάμου, τότε ομιλούμε για γλαύκωμα ανοικτής γωνίας.

Οταν το υδατοειδές υγρό αδυνατεί να φθάσει στον ηθμό συνεπεία κάποιου κωλύματος που παρεμβάλλεται στη διαδρομή του από τον τόπο παραγωγής του (ακτινοειδείς προβολές του ακτινωτού σώματος) μέχρι τη γωνία του προσθίου θαλάμου, τότε ομιλούμε για γλαύκωμα κλειστής γωνίας.

Τα γλαυκώματα χαρακτηρίζονται από αύξηση της ενδοφθάλμιας πιέσεως (εκτός από το γλαύκωμα χαμηλής πιέσεως), ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής και διαταραχές των οπτικών πεδίων.

Πρωτοπαθές λέγεται το γλαύκωμα ανοικτής ή κλειστής γωνίας όταν είναι άγνωστη η αιτιολογία του ενώ δευτεροπαθές όταν είναι γνωστή.

Η παρακάτω κατάταξη σε επίπεδα βαρύτητας αφορά κυρίως το πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας (ή χρόνιο απλούν γλαύκωμα) που είναι πιο συχνό και χαρακτηρίζεται από χρονιότητα και εξελικτικότητα. Το γλαύκωμα κλειστής γωνίας χαρακτηρίζεται από κρίσεις (οξύ γλαύκωμα) κατά τις οποίες παρατηρείται μεγάλη και απότομη αύξηση της ενδοφθάλμιας πιέσεως που αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα (μερικές ώρες) καταλήγουν σε ανεπανόρθωτη βλάβη της κεφαλής του οπτικού νεύρου.

Απόλυτο γλαύκωμα ονομάζεται η πλήρης τύφλωση ενός οφθαλμού συνεπεία γλαυκώματος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο (απλή υπερτονία)

Απλή αύξηση της ενδοφθάλμιας πιέσεως χωρίς κοίλανση της οπτικής θηλής. Η οπτική οξύτητα και τα οπτικά πεδία είναι φυσιολογικά. Η πίεση ρυθμίζεται συνήθως με ήπια αντιγλαυκωματικά φάρμακα. Ηλικία και επάγγελμα δεν παίζουν ιδιαίτερο ρόλο.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........5%

2ο Επίπεδο

Η αύξηση της ενδοφθάλμιας πιέσεως συνοδεύεται από βαθμό ατροφικής κοιλάνσεως της οπτικής θηλής. Η οπτική οξύτητα ελάχιστα υπολείπεται της φυσιολογικής. Τα οπτικά πεδία εμφανίζουν μικρής εκτάσεως σκοτώματα.

Η ρύθμιση της πιέσεως γίνεται με συνδυασμό αντιγλαυκωματικών φαρμάκων. Μερικά από αυτά (όπως η πιλοκαρπίνη) προκαλούν μύση, αύξηση της προσαρμογής και συγκεντρική στένωση των οπτικών πεδίων. Το επάγγελμα του οδηγού δεν δύναται να εξασκηθεί πλέον.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........10-50%

Ανάλογα με οπτική οξύτητα και οπτικά πεδία.

3ο Επίπεδο

Παρόλη τη θεραπευτική αγωγή η ενδοφθάλμια πίεση κυμαίνεται σε παθολογικά επίπεδα. Η ατροφική κοίλανση της οπτικής θηλής είναι σημαντική καθώς και η μείωση της οπτικής οξύτητας. Τα σκοτώματα των οπτικών πεδίων συρρέουν και σχηματίζουν μεγάλα ελλείμματα.

Η τύφλωση ευρίσκεται επί θύραις. Ισχυρά αντιγλαυκωματικά κολλύρια συνδυάζονται με από του στόματος υποτασικά. Η μετακίνηση με τα μέσα μεταφοράς γίνεται προβληματική. Ο πάσχων σκοντάφτει σε διάφορα αντικείμενα. Υπάρχει ψυχολογική επιβάρυνση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........50-80%

Ανάλογα με την οπτική οξύτητα και οπτικά πεδία.

4ο Επίπεδο

Η οπτική θηλή εμφανίζει πλήρη ατροφία (C/D=1). Η όραση είναι σχεδόν καταργημένη. Στα οπτικά πεδία δυνατόν να παραμένει μία πολύ μικρή νησίδα οράσεως. Πρακτικά κατάσταση τυφλώσεως (όταν αφορά και τους δύο οφθαλμούς). Μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......... >80%

Χρήζει βοηθείας ετέρου προσώπου (εφόρου ζωής)

7.12. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΟΠΤΙΚΩΝ ΠΕΔΙΩΝ

Οπτικό πεδίο ονομάζεται το σύνολο των σημείων του χώρου που γίνονται αντιληπτά από ένα οφθαλμό όταν αυτός προσηλώνει σε ένα σταθερό σημείο του χώρου αυτού. Αδρός έλεγχος του οπτικού πεδίου μπορεί να γίνει με τη μέθοδο αντιπαράστασης (confrontation test) ενώ ακριβής μέτρηση και καταγραφή των οπτικών πεδίων (περιμετρία) γίνεται με ειδικά όργανα (περίμετρα, πεδιόμετρα κ.ά.). Η περιμετρία μας παρέχει πολύτιμα στοιχεία για την κατάσταση , την πορεία και τη φύση διαφόρων οφθαλμολογικών και νευρολογικών παθήσεων.

Το φυσιολογικό οπτικό πεδίο εκτείνεται, από το σημείο προσηλώσεως, κροταφικά 90°, ρινικά 50°, άνω 50°, και κάτω 60°.

Οι διαταραχές των οπτικών πεδίων προκαλούν ανικανότητα για εργασία, ο βαθμός της οποίας εξαρτάται από τη μορφή και την έκταση των διαταραχών αυτών και από το είδος της εργασίας.

Από τις διάφορες μορφές διαταραχών των οπτικών πεδίων ξεχωρίζουμε : 1) τα κεντρικά σκοτώματα, 2) τις στενώσεις και 3) τις ημιανοψίες.

7.12.1. Κεντρικά σκοτώματα

Είναι σκοτεινές περιοχές που εντοπίζονται στο κέντρο του οπτικού πεδίου. Παρατηρούνται σε ωχροπάθειες, οπισθοβολβική νευρίτιδα, τοξικές αμβλυωπίες, πίεση οπτικού νεύρου από όγκους ενδοκογχικούς ή ενδοκρανιακούς κ.ά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- ετερόπλευρα: έκταση μέχρι 10° ....

προσδίδουν Π.Α. είτε σε μύση (παθολογική ή φαρμακευτική), μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια, οπτική ατροφία, τοξική αμβλυωπία, ενδοκρινικό εξόφθαλμο, απόφραξη κεντρικής φλέβας αμφιβληστροειδούς κ.ά.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- στένωση με οπτικό πεδίο που εκτείνεται μέχρι 30°: ετερόπλευρη 5%
- στένωση με οπτικό πεδίο που εκτείνεται μέχρι 30°: αμφίπλευρη 20%
- στένωση με οπτικό πεδίο που εκτείνεται σε λιγότερο από 10°: ετερόπλευρη 10%
- στένωση με οπτικό πεδίο που εκτείνεται σε λιγότερο από 10°: αμφίπλευρη ....80% και άνω

7.12.3. Ημιανοψίες

Ονομάζονται ημικυκλικά ή τεταρτοκυκλικά ή τεταρτοκυκλικά ελλείμματα του οπτικού πεδίου και των δύο οφθαλμών. Οφείλονται σε βλάβες των νευρικών ινών της οπτικής οδού, χιασματικές ή οπισθοχιασματικές ή κυττάρων του οπτικού φλοιού, ποικίλης αιτιολογίας.

α) Ημιανοψία κάθετη ομώνυμη δεξιά ή αριστερή (είναι τυφλό το ρινικό τμήμα του οπτικού πεδίου του ενός οφθαλμού και το κροταφικό του άλλου). Η βλάβη εντοπίζεται στην οπτική ταινία, έξω γονατώδες σώμα, οπτική ακτινοβολία ή οπτικό φλοιό

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........30%

β) Ημιανοψία κάθετη ετερώνυμη αμφιρρινική (είναι τυφλά τα ρινικά τμήματα του οπτικού πεδίου και των δύο οφθαλμών). Η βλάβη εντοπίζεται στο οπτικό χίασμα και ειδικότερα στις αχίαστες ίνες της οπτικής οδού (αμφίπλευρες αλλοιώσεις στο οπτικό χίασμα)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........35%

γ) Ημιανοψία κάθετη ετερώνυμη αμφικροταφική (είναι τυφλό το κροταφικό τμήμα του οπτικού πεδίου και των δύο οφθαλμών). Η βλάβη εντοπίζεται στο οπτικό χίασμα και ειδικότερα στις χιαζόμενες ίνες της οπτικής οδού (όγκοι υποφύσεως, κρανιοφαρυγγίωμα κ.ά.)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67%

δ) Τεταρτοκυκλικές ημιανοψίες:

- Ανω τεταρτοκυκλική ομώνυμη ημιανοψία δεξιά ή αριστερή (είναι τυφλό το άνω κροταφικό τμήμα του οπτικού πεδίου του ενός οφθαλμού και το άνω ρινικό τμήμα του άλλου). Η βλάβη εντοπίζεται στην αγκύλη του Meyer (κροταφικός λοβός) ή στο κάτω χείλος της πληκτραίας σχισμής του ινιακού λοβού

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10%

- Κάτω τεταρτοκυκλική ομώνυμη ημιανοψία δεξιά ή αριστερή (είναι τυφλό το κάτω κροταφικό τμήμα του οπτικού πεδίου του ενός οφθαλμού και το κάτω ρινικό τμήμα του άλλου). Η βλάβη εντοπίζεται στην άνω δέσμη της οπτικής ακτινοβολίας ή στο άνω χείλος της πληκτραίας σχισμής

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 25%

ε) Οριζόντιες ημιανοψίες (είναι τυφλό το άνω ή κάτω ήμισυ του οπτικού πεδίου και των δύο οφθαλμών).

Οριζόντια άνω ημιανοψία. Η βλάβη εντοπίζεται στο κάτω χείλος της πληκτραίας σχισμής του ινιακού λοβού αμφίπλευρα

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10%

- Οριζόντια κάτω ημιανοψία. Η βλάβη εντοπίζεται στο άνω χείλος της πληκτραίας σχισμής αμφίπλευρα

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 45%

Ημιανοψία επί μονοφθάλμου:

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ρινική 67%
- Κροταφική 80%
- Οριζόντια άνω 50%
- Οριζόντια κάτω 80%

Σε κάθε περίπτωση ημιανοψίας προστίθεται και το ποσοστό από την τυχόν διαταραχή της κεντρικής οράσεως, δηλ. τη μείωση της οπτικής οξύτητας.

7.13. ΔΙΑΘΛΑΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

7.13.1. Υπερμετρωπία

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται στο ότι ο προσθιοπίσθιος άξονας του οφθαλμικού βολβού είναι μικρότερος του φυσιολογικού (αξονική υπερμετρωπία) ή στο ότι η κυρτότητα των διαθλαστικών επιφανειών του οπτικού συστήματος (κυρίως του κερατοειδούς) είναι μικρότερη της φυσιολογικής (διαθλαστική υπερμετρωπία). Σε άτομα προχωρημένης ηλικίας δυνατόν να έχουμε υπερμετρωπία λόγω ελαττώσεως του δείκτη διαθλάσεως του φακού.

Κατά την υπερμετρωπία τα είδωλα των αντικειμένων σχηματίζονται, θεωρητικά, πίσω από τον αμφιβληστροειδή.

Οι οφθαλμοί φυσιολογικά κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία είναι υπερμετρωπικοί μεταπίπτοντες σε εμμετρωπικούς περί την ηλικία των 6 ετών, οπότε και αποκτούν φυσιολογική οπτική οξύτητα. Συνεπώς υπερμέτρωπες είναι τα άτομα που εμφανίζουν υπερμετρωπία πάνω από την ηλικία αυτή ή που η υπερμετρωπία τους κατά τη μικρή ηλικία είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία αυτή.

Σε περίπτωση που στη μικρή αυτή ηλικία κατά την οποία συντελείται η ανάπτυξη και ωρίμανση της αίσθησης της όρασης υπάρχει εκτός από τη μεγάλη υπερμετρωπία και ανισομετρωπία ή στραβισμός που δεν έχουν αντιμετωπισθεί επιτυχώς, τότε δυνατόν να αναπτυχθεί αμβλυωπία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η υπερμετρωπία μας απασχολεί ασφαλιστικά μόνο ως προϋπάρχουσα πάθηση και εφόσον έχει αναπτυχθεί αμβλυωπία με Π.Α. ανάλογο της οπτικής οξύτητας του αμβλυωπικού οφθαλμού.

7.13.2. Μυωπία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι πάθηση σχεδόν πάντα κληρονομική. Οφείλεται συνήθως σε αύξηση του προσθιοπίσθιου άξονα του οφθαλμικού βολβού (αξονική μυωπία) ή σπάνια σε αύξηση της κυρτότητας του

κερατοειδούς χιτώνος ή του φακού (διαθλαστική μυωπία). Μυωπία δυνατόν να παρατηρηθεί και σε μεταβολές του δείκτη διαθλάσεως του υδατοειδούς υγρού, του φακού, ή του υαλοειδούς σώματος. Στη μυωπία τα είδωλα των αντικειμένων δεν σχηματίζονται πάνω στον αμφιβληστροειδή αλλά μπροστά απ' αυτόν.

Η αξονική μυωπία, που αποτελεί και τον συχνότερα απαντώμενο τύπο μυωπίας, αρχίζει κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία και αυξάνεται προϊούσης της ηλικίας μέχρι του πέρατος της εφηβείας. Σε μερικές περιπτώσεις (κακοήθης ή εκφυλιστική μυωπία) παρατηρείται διαρκής αύξηση της μυωπίας που συνοδεύεται από επιδεινούμενες εκφυλιστικές αλλοιώσεις του υαλοειδούς, του αμφιβληστροειδούς και του χοριοειδούς.

Η μυωπία συνεπώς είναι πάθηση που προϋπάρχει της υπαγωγής στην ασφάλιση και σε μερικές περιπτώσεις με την πάροδο του χρόνου επιδεινούται.

Το ποσοστό αναπηρίας στην προϋπάρχουσα κυμαίνεται από 5% έως 20% και εκτιμάται ακριβέστερα όταν είναι γνωστή η οπτική οξύτητα σ' αυτή την προϋπάρχουσα κατάσταση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Η κατάταξη σε επίπεδα βαρύτητας καθορίζεται κυρίως από τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις και την οπτική οξύτητα που έχει ο ασφαλισμένος όταν εξετάζεται από την Υγειονομική Επιτροπή.

1ο Επίπεδο

Η οπτική οξύτητα κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα (από 5/10 σε κάθε οφθαλμό και μεγαλύτερη). Ο βυθός εμφανίζει ήπιες μυωπικές αλλοιώσεις. Η οπτική οξύτητα βελτιώνεται με απλούς διορθωτικούς μυωπικούς φακούς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 5-20%

Αφορά την προϋπάρχουσα κατάσταση, δεν υπάρχει επιδείνωση.

2ο Επίπεδο

Η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από 5/10 έως 2-3/10 σε κάθε οφθαλμό. Ο πάσχων μπορεί να εξασκήσει επαγγέλματα που δεν απαιτούν λίαν ακριβή όραση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 20-35%

Ανάλογα με την οπτική οξύτητα. Δηλαδή υπάρχει επιδείνωση από την προϋπάρχουσα αλλά το Π.Α. δεν είναι συντάξιμο.

3ο Επίπεδο

Η οπτική οξύτητα είναι 1-2/10. Ο βυθός εμφανίζει ατροφικές περιοχές και αλλοιώσεις του υαλοειδούς. Οι περιπτώσεις αυτές απαιτούν συνήθως μυωπική διόρθωση πολλών διοπτριών. Ορισμένες σωματικές δραστηριότητες (σκύψιμο, ανύψωση βαρών κ.ά.) ενέχουν τον κίνδυνο δημιουργίας ρωγμής στον αμφιβληστροειδή και αποκόλλησής του.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 50-67%

Ανάλογα με την οπτική οξύτητα και την κατάσταση του βυθού. Υπάρχει συνεπώς επιδείνωση από την προϋπάρχουσα με συντάξιμο Π.Α.

4ο Επίπεδο

Η οπτική οξύτητα και στους δύο οφθαλμούς είναι πολύ χαμηλή. Ο βυθός εμφανίζει εκτεταμένες ατροφίες. Το υαλοειδές είναι ρευστοποιημένο. Δυνατόν να υπάρχει κηλίδα του Fuchs στην ωχρά. Φλουροαγγειογραφικώς παρατηρείται κατά τις τελικές φάσεις μεγάλης εκτάσεως και εντάσεως υπερφθορισμός.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Υπάρχει διαρκώς ο κίνδυνος αποκολλήσεως του αμφιβληστροειδούς και απώλειας και αυτής ακόμα της πολύ περιορισμένης οράσεως.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 80% και άνω

Υπάρχει δηλαδή επιδείνωση από την προϋπάρχουσα με Π.Α. συντάξιμο. Σε περίπτωση που υπάρχει πρακτικά τύφλωση (οπτική οξύτητα μικρότερη από 1/20 και στους δύο οφθαλμούς) χορηγείται επιπλέον το επίδομα απόλυτης αναπηρίας.

7.13.3. Αστιγματισμός

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται συνήθως στη διαφορετική κυρτότητα, δηλαδή στη διαφορετική διαθλαστική ισχύ των δύο κύριων μεσημβρινών των διαθλαστικών επιφανειών του κερατοειδούς ή του φακού. Σε μερικές σπάνιες περιπτώσεις ο αστιγματισμός οφείλεται σε μικροδιαφορές στο δείκτη διαθλάσεως των διαφόρων τμημάτων του φακού, όπως συμβαίνει μερικές φορές στον καταρράκτη.

Ολα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα, αντί ενός, να σχηματίζεται μια σειρά ειδώλων (κωνοειδές του Sturm) που απέχουν άλλοτε άλλη απόσταση από τον αμφιβληστροειδή.

Ασφαλιστικώς ο αστιγματισμός είναι σχεδόν πάντοτε προϋπάρχουσα πάθηση με ασήμαντο Π.Α. Με την πάροδο του χρόνου μεταβάλλεται ο βαθμός ή ο άξονάς του, χωρίς όμως αυτό να συνιστά επιδείνωση.

7.13.4. Ανισομετρωπία

Είναι η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει σημαντική διαφορά στη διαθλαστική διαταραχή των δύο οφθαλμών. Πρακτική σημασία έχει το ότι επί υπάρξεως ανισομετρωπίας μεγαλύτερης της 1,5 διοπτρίας, αξιολογούμε την οπτική οξύτητα με την εφικτή διόρθωση, δηλαδή με τη διόρθωση που δεν έχει διαφορά μεγαλύτερη της 1,5 διοπτρίας μεταξύ των δύο οφθαλμών. Σημειωτέον ότι τα υποκειμενικά ενοχλήματα της ανισομετρωπίας αίρονται με τη χρήση φακών επαφής.

7.14. ΑΜΒΛΥΩΠΙΑ ΚΑΙ ΕΚΚΕΝΤΡΟΣ ΠΡΟΣΗΛΩΣΗ

Ι. Αμβλυωπία

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αμβλυωπία καλείται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία η παρατηρούμενη ελάττωση της οπτικής οξύτητας δεν συνδέεται με καμία απολύτως κλινικώς ευκόλως να αποδειχθεί οργανική ανωμαλία του οργάνου της οράσεως και των οπτικών οδών και η οποία δεν εξαλείφεται δια της απομακρύνσεως οποιασδήποτε ανωμαλίας, η οποία συνιστά διοπτρικό εμπόδιο σχηματισμού του βοθρικού ειδώλου.

Αποτελεί πραγματικό κοινό πρόβλημα, το δε ποσοστό λειτουργικής αμβλυωπίας στις ΗΠΑ ανέρχεται σε 4-7%.

Α. Λειτουργική αμβλυωπία

Η λειτουργική αμβλυωπία προκαλείται όταν κάποιο οπτικό εμπόδιο εμφανισθεί κατά το κριτικό στάδιο της αναπτύξεως και εξελίξεως της οπτικής οξύτητας του ατόμου, ιδίως κατά την παιδική του ηλικία. Διακρίνονται οι εξής τύποι λειτουργικής αμβλυωπίας:

1. Στραβισμική αμβλυωπία
2. Ανισομετρωπική αμβλυωπία
3. Αμετρωπική αμβλυωπία (υψηλή υπερμετρωπία - υψηλός υπερμετρωπικός αστιγματισμός)
4. Αμβλυωπία εξ ανοψίας ή στερήσεως οπτικού ερεθίσματος
5. Αμβλυωπία εξ εκκέντρου προσηλώσεως

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του βαθμού της οπτικής οξύτητας (προϋπάρχουσα κατάσταση).

Β. Οργανική αμβλυωπία

1. Υστερική αμβλυωπία
2. Αμβλυωπία εξ αλκοόλης, κινίνης, νικοτίνης κ.λπ. ή τοξικές αμβλυωπίες
3. Αμβλυωπία εξ ουραιμίας
4. Αμβλυωπία εκ παροδικής αμαυρώσεως ή amaurosis fugax

5. Αμβλυωπία εξ ημικρανίας

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά την αμβλυωπία από αλκοόλη, κινίνη, νικοτίνη κ.λπ., καθώς και από ουραιμία ποσοστό ανάλογο της οπτικής του οξύτητας και για ένα χρόνο και επανεξέταση. Κατά την υστερική και ημικρανική αμβλυωπία ως και την εξ παροδικής αμαυρώσεως ποσοστό μηδέν.

II. Εκκεντρος προσήλωση

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εκκεντρος προσήλωση είναι η ετερόφθαλμος εκείνη κατάσταση κατά την οποία δεν υφίσταται προσήλωση του ορωμένου αντικειμένου επί του ωχρικού βοθρίου, αλλά επί άλλου σημείου πέραν αυτού και ως εκ τούτου υιοθετείται για την προβολή του αμφιβληστροειδικού ειδώλου εκκεντρικό σημείο του αμφιβληστροειδούς μειωμένης οπτικής αποδόσεως και οξύτητας. Οσο δε περιφερικότερα του ωχρικού βοθρίου προσηλώνεται το ορώμενο είδωλο, τόσο υποβαθμισμένη και μικρά είναι η όραση του ατόμου (παραβοθρική ή εξωβοθρική προσήλωση).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας, ως εκ τούτου, είναι συνυφασμένο με την αντίστοιχη υπάρχουσα οπτική οξύτητα του εξεταζομένου.

7.15. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΣ ΧΡΩΜΑΤΩΝ

I. Συγγενείς

Αποδίδονται σε δυσλειτουργία ενός ή περισσοτέρων από τους 3 τύπους φωτοϋποδοχέων (κωνίων) του αμφιβληστροειδούς. Κληρονομούνται κατά τον φυλοσύνδετο τύπο και είναι πιο συχνές στους άνδρες (8%) από ό,τι στις γυναίκες (0,4%).

Στην πλήρη αχρωματοψία, που είναι σπάνια, δεν λειτουργεί κανένας τύπος φωτοϋποδοχέων για τα χρώματα.

Στις δυσχρωματοψίες δεν λειτουργεί τελείως ή λειτουργεί ελλιπώς ο ένας από τους τρεις τύπους φωτοϋποδοχέων.

Οι δυσχρωματοψίες διακρίνονται σε πρωτανοπία (δαλτωνισμό), δευτερανοπία και τριτανοπία όταν δεν λειτουργούν οι φωτοϋποδοχείς για το ερυθρό, το πράσινο και το κυανούν αντίστοιχα και σε πρωτανωμαλία τύπου Hart, σε δευτερανωμαλία τύπου Rayleigh (η πιο συχνή δυσχρωματοψία) και τριτανωμαλία όταν λειτουργούν ελλιπώς οι φωτοϋποδοχείς για το ερυθρό, το πράσινο και το κυανούν αντίστοιχα.

Ολες οι συγγενείς διαταραχές της αντιλήψεως των χρωμάτων είναι από τη φύση τους προϋπάρχουσες παθήσεις μη επιδεινούμενες, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις, όπου στη συγγενή δυσχρωματοψία προστίθεται και μία επίκτητη.

II. Επίκτητες

Συνοδεύουν παθήσεις των εν τω βάθει στιβάδων του αμφιβληστροειδούς (δυσχρωματοψία του ερυθρού και πράσινου) και του φλοιού του ινιακού λοβού (χρωματική αγνωσία). Στο γλαύκωμα έχουμε δυσχρωματοψία κυανού και κιτρίνου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Για την αχρωματοψία 35%
  εκτός εάν συνοδεύεται από άλλες διαταραχές όπως αμβλυωπία, νυσταγμό, φωτοφοβία, οπότε προστίθεται το ανάλογο ποσοστό.
- Για τις δυσχρωματοψίες 10%
- Στις επίκτητες δυσχρωματοψίες προστίθεται και το ποσοστό από την ανικανότητα που αποκτά ο πάσχων να συνεχίσει να ασκεί επαγγέλματα που απαιτούν ακριβή αντίληψη των χρωμάτων όπως οδηγός, πλοίαρχος, χειριστής αεροσκαφών, ηλεκτρονικός, ηλεκτροτεχνίτης, ζωγράφος κ.ά.

7.16. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΦΘΑΛΜΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

7.16.1. Στραβισμοί

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Για την ευχερή κατανόηση των στραβισμών και ετεροφοριών δύο παράγοντες του νευρομυϊκού βολβοκινητικού συστήματος είναι άξιοι αναφοράς. Ο πρώτος είναι η διόφθαλμος όραση, δηλαδή η ενοποίηση των εικονίων των δύο αμφιβληστροειδών κατόπιν της οποίας προκύπτει μια μοναδική αντίληψη του προσβλεπομένου αντικειμένου και ο δεύτερος είναι η λεγόμενη αμφιβληστροειδική αντιστοιχεία, ήτοι η απεικόνιση των ορωμένων αντικειμένων επί των βοθρίων της ωχράς κηλίδας. Οι έξι εξωτερικοί οφθαλμικοί μύες περιστρέφουν τον βολβό γύρω από ένα κάθετο, εγκάρσιο και πρόσθιο - οπίσθιο άξονα και με το κέντρο περιστροφής αντιστοιχούν περίπου κατά το κέντρο του βολβού, ώστε επί φυσιολογικής αυτών καταστάσεως να εκπληρούνται οι παραπάνω δύο προϋποθέσεις και το άτομο να έχει ελεύθερες κινήσεις προς όλες τις κατευθύνσεις του βλέμματος, χωρίς εκτροπή των οφθαλμών του.

Οι στραβισμοί διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

Α: Παραλυτικούς στραβισμούς

Β: Μη παραλυτικούς στραβισμούς ή συνεκτικούς (concomitant).

Α. Παραλυτικοί στραβισμοί

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Στους παραλυτικούς στραβισμούς η εκτροπή των οφθαλμών οφείλεται είτε στην ολοσχερή απώλεια της λειτουργίας ενός ή περισσοτέρων οφθαλμικών μυών ή σε μερική βλάβη της λειτουργίας τους. Η παράλυση τότε επί της πρώτης εκδοχής είναι τελεία, ενώ επί της δευτέρας μερική (πάρεση). Παράλυση των οφθαλμικών μυών συμβαίνει, είτε λόγω βλάβης του νεύρου του νευρούντος τον αντίστοιχο μυ ή λόγω βλάβης του μυός αυτού καθαυτού. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι τραυματικοί στραβισμοί, οι επερχόμενοι συνεπεία απευθείας τραυματισμού των οφθαλμικών μυών και δημιουργίας αιμορραγίας εντός της μάζας του μυός ή εντός της περιτονίας του με επακόλουθο την ένωσή του ή βλάβη των προσφύσεων των μυών ή κατόπιν τραυματισμού και βλάβης των νευρικών οδών των νευρούντων τους οφθαλμικούς μύες, με αποτέλεσμα την πλήρη ή μερική εκτομή των νεύρων ή την πίεση αυτών από τα δημιουργούμενα αιματώματα.

Κλινικά σημεία

1. Περιορισμός οφθαλμικών κινήσεων ή και υπερβολική έκταση της κινήσεως ενός μυός.
2. Ιλιγγοι, ναυτία και ασταθές βάδισμα.
3. Διπλωπία.
4. Απώλεια διοφθάλμου οράσεως.
5. Αντισταθμιστική τοποθέτηση της κεφαλής, η οποία συχνά παρερμηνεύεται ως ραιβόκρανο (torticollis).
6. Λανθασμένη προβολή των αντικειμένων από τη σωστή τοποθετήσή τους (false projection).

Για την έρευνα και μέτρηση του βαθμού εκτροπής ενός ή περισσοτέρων οφθαλμικών μυών και για τον προσδιορισμό πιθανής προοδευτικής επιδεινώσεως και αυξήσεως αυτής απαραίτητη τυγχάνει η διενέργεια του Langaster -Hess screen test.

Η εκτίμηση της αναπηρίας στις περιπτώσεις αυτές είναι ανάλογη της οπτικής οξύτητας του πάσχοντος, του βαθμού της διπλωπίας του, της υπάρξεως ή μη των ανωτέρω αναγραφομένων κλινικών σημείων, του είδους της εργασίας του. Κατόπιν των ανωτέρω

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50% [1 εξάμηνο]
και στη συνέχεια....................35% (μη προϋπάρχουσα)

Β. Μη παραλυτικοί ή συνεκτικοί στραβισμοί

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Βασικό γνώρισμα διαχωρισμού ενός παραλυτικού από ένα συνεκτικό στραβισμό είναι ότι στον συνεκτικό η γωνία στραβισμού τόσο στην πρωτεύουσα θέση, όσο και στις δευτερεύουσες είναι η αυτή και κατ' αυτόν τον τρόπο η διπλωπία, η οποία είναι το προεξάρχον σύμπτωμα του παραλυτικού στραβισμού, δεν παρατηρείται. Ωσαύτως κατά τον παραλυτικό στραβισμό έχουμε περιορισμό της κινήσεως ή και πλήρη απώλεια αυτής προς την κατεύθυνση ενεργείας του παραλύσαντος μυός. Διαίρεση:

1. Συγκλίνων συνεκτικός στραβισμός (διαλείπων ή επαλλάσων).
2. Προσαρμοστικός συγκλίνων στραβισμός.

3. Συγκλίνων στραβισμός του ενήλικου, ήτοι στραβισμοί παιδικής ηλικίας παραμεληθέντες.
4. Αποκλίνων συνεκτικός στραβισμός, περισσότερο συχνός στους μυωπικούς και εμφανιζόμενος κάπως αργά, όσον αφορά την ηλικία (διαλείπων ή μόνιμος).
5. Κάθετοι στραβισμοί (κατωφορία, ανωφορία).
6. Τραυματικοί στραβισμοί προερχόμενοι από τροχαία ή άλλα ατυχήματα, οι οποίοι μάλλον θα πρέπει να καταταγούν στους παραλυτικούς στραβισμούς.

Κλινικά σημεία

Οταν ο συγκλίνων στραβισμός είναι σταθερός μονόπλευρος ή μόνιμος στραβισμός, ο υπερέχων οφθαλμός προσηλώνει με το κεντρικό βοθρίο και έχει καλή όραση και φυσιολογική άνευ ή κατόπιν διορθώσεως. Αντιθέτως, ο στραβίζων είναι κατά κανόνα αμβλυωπικός. Εαν είναι επαλλάσων, τότε επειδή προσηλώνει άλλοτε με τον ένα οφθαλμό και άλλοτε με τον άλλο κατά βούληση, η όραση είναι στους δύο οφθαλμούς φυσιολογική. Συνήθως στους στραβισμούς της κατηγορίας αυτής δεν υπάρχουν εμφανή και έκδηλα υποκειμενικά συμπτώματα. Διπλωπία υφίσταται στις περιπτώσεις απότομης, ξαφνικής και πρόσφατης εμφανίσεως ενός στραβισμού και μάλιστα σε μεγάλη ηλικία, επειδή τα παιδιά έχουν την ικανότητα ευκόλως να καταστέλλουν το είδωλο από τον στραβίζοντα οφθαλμό.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 25%

στην προϋπάρχουσα, στο οποίο προστίθεται ποσοστό από την υπάρχουσα οπτική οξύτητα.

Γ. Συγγενείς στραβισμοί

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι συγγενείς στραβισμοί δεν είναι σπάνιοι. Οφείλονται συνήθως σε ανεπαρκή λειτουργία ενός μυός, λόγω κακής προσφύσεώς του, ή λόγω ινώσεώς του ή σε βλάβη ή απουσία του μηχανισμού νευρώσεώς του ή ακόμη πολύ σπανίως στην απουσία του μυός αυτού καθαυτού. Συνήθως ο έξω ορθός, ο άνω ορθός και άνω λοξός συμμετέχουν. Οι συνηθέστερες μορφές συγγενούς στραβισμού είναι δύο:

1. Το σύνδρομο της θήκης του άνω λοξού μυός (superior oblique sheath syndrome ή Brown's syndrome).
2. Το σύνδρομο συσπάσεως ή έλξεως του Duane (Duane's retraction syndrome) οφειλόμενο σε ίνωση του έξω ορθού ή σε σύν-σύσπαση του έξω και έσω ορθού μυός.

Κλινικά σημεία

Το σύνδρομο Duane χαρακτηρίζεται από ανικανότητα του πάσχοντος να απάγει τον προσβληθέντα οφθαλμό του προς τα έξω. Ενώ κατά την προσαγωγή έχουμε στένωση της βλεφαρικής σχισμής και εισολκή του βολβού εντός του κόγχου του προσβεβλημένου οφθαλμού, κατά την πρωτεύουσα ή αρχική θέση των οφθαλμών οι οπτικοί άξονες είναι παράλληλοι.

Κατά το σύνδρομο της θήκης του άνω λοξού μυός, οφειλόμενο σε σμίκρυνση του τένοντος του άνω λοξού και φερόμενο ως σύνδρομο Brown, παρατηρείται ανικανότητα ανυψώσεως του προσβεβλημένου οφθαλμού, όταν ο οφθαλμός αυτός ευρίσκεται σε θέση προσαγωγής. Δύναται να εμφανισθεί και κατά τη διάρκεια της ζωής.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας ανάγεται στη στήλη των συνεκτικών στραβισμών.

7.16.2. Νυσταγμοί

Ως νυσταγμό χαρακτηρίζουμε τις ακούσιες ρυθμικές κινήσεις των οφθαλμών. Νυσταγμός μπορεί να εμφανίζεται με δύο μορφές:

1) Εκκρεμοειδής νυσταγμός: Οι οφθαλμοί κινούνται με την ίδια ταχύτητα στη μία και στην άλλη κατεύθυνση.
2) Αναπηδητικός νυσταγμός: Οι οφθαλμοί κινούνται με βραδύτητα στη μία κατεύθυνση και γρήγορα στην αντίθετη.

Φυσιολογικός νυσταγμός

α) Ακραίες βλεμματικές θέσεις
β) Πρόσθιος αιθουσαίος
γ) Αυτοκινητικός

Παθολογικός νυσταγμός

α) Συγγενής - δεν επιδεινούται
β) Νυσταγμός κινητικής βλάβης - Οι οφθαλμοί βλέπουν σε μια βλεμματική ορισμένη θέση (ραιβόκρανο)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%

γ) Λανθάνων νυσταγμός - εμφανίζεται με την κάλυψη του οφθαλμού

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-50%

Στα άτομα αυτά η οπτική οξύτητα λαμβάνεται διοφθάλμιος επειδή είναι μεγαλύτερη και έχει θέση ηρεμίας.

Επίκτητοι

α) Νυσταγμοί που συνδέονται με στραβισμό
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................αναλόγως οπτικής οξύτητας.

β) Νυσταγμοί που προκαλούν οφθαλμικό ραιβόκρανο
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................67%

7.16.3. Διπλωπία

Είναι η οπτική εντύπωση της διπλής εικόνας των αντικειμένων. Οφείλεται στο γεγονός ότι το ίδιο αντικείμενο ερεθίζει μη αντίστοιχα σημεία στον αμφιβληστροειδή, δηλαδή την ωχρά κηλίδα του οφθαλμού που δεν στραβίζει, και ένα άλλο (εκτός ωχράς) αμφιβληστροειδικό σημείο του οφθαλμού που στραβίζει. Ο ερεθισμός των μη αντιστοίχων σημείων δεν καταλήγει στη στένωση των εικόνων και ως αποτέλεσμα προκύπτει η διπλωπία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Στην πρωτεύουσα θέση ....50-67% [μέχρι 1 χρόνο]
- Στις πλάγιες θέσεις ....25-50% [μέχρι 1 χρόνο]

7.16.4. Σύγχυση

Είναι η προβολή της εικόνας του αντικειμένου που ερεθίζει την ωχρά κηλίδα του οφθαλμού που στραβίζει, πάνω στο αντικείμενο της προσηλώσεως που ερεθίζει την ωχρά κηλίδα του οφθαλμού που δεν στραβίζει. Οφείλεται στο γεγονός ότι κάθε ωχρά κηλίδα διατηρεί την απευθείας προβολή στο χώρο. Το φαινόμενο της σύγχυσης και κυρίως της διπλωπίας είναι τελείως ασυμβίβαστα με τον προσανατολισμό του ατόμου στο χώρο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Εάν παρουσιασθεί σε ένα ενήλικο άτομο........................ 50-67% [1 χρόνο]

Η συνηθέστερη λύση για να το απαλλάξουμε από αυτά τα ενοχλήματα είναι να του συστήσουμε να κλείνει τον ένα οφθαλμό (μέχρι να χειρουργηθεί).

7.17. ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ - ΥΠΟΚΡΙΣΙΑ

Με τον όρο οπτική οξύτητα εννοούμε την ικανότητα ενός οφθαλμού να διακρίνει αντικείμενα δεδομένου μεγέθους από τη μεγαλύτερη δυνατή απόσταση. Η οπτική αντίληψη είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο ψυχολογικής επεξεργασίας των αισθητηριακών δεδομένων που μορφοποιούνται στο επίπεδο του οφθαλμού, διαβιβάζονται δια των οπτικών οδών και προσλαμβάνονται σαν πρώτη ύλη για λεπτομερέστερη επεξεργασία από τα κέντρα του ινιακού λοβού (Τσαμπαρλάκης).

Ο καθορισμός της οπτικής οξύτητας γίνεται με τους πίνακες οπτοτύπων. Το είδος των οπτοτύπων και η αριθμητική έκφραση της οπτικής οξύτητας δεν είναι παντού ίδια. Ετσι στις ΗΠΑ χρησιμοποιούνται τα σύμβολα της κλίμακας Snellen και η οπτική οξύτητα εκφράζεται με ένα κλάσμα του οποίου ο αριθμητής είναι σταθερός και δείχνει σε ποια απόσταση (σε πόδια) είναι ορατό το υπό εξέταση οπτότυπο από ένα φυσιολογικό οφθαλμό. Στην Αγγλία χρησιμοποιούνται τα ίδια σύμβολα και το ίδιο κλάσμα με τη διαφορά ότι οι αποστάσεις εκφράζονται σε μέτρα (6 μέτρα ο αριθμητής). Στην Ευρώπη χρησιμοποιούνται τα σύμβολα της κλίμακας Monoyer και η οπτική οξύτητα εκφράζεται με δεκαδικό αριθμό ή αντίστοιχο κλάσμα του οποίου ο παρονομαστής είναι το 10 και ο αριθμητής κυμαίνεται από 10 έως 1. Τα 10/10 αντιστοιχούν στη φυσιολογική όραση ή στα 6/6 ή στα 20/20 της κλίμακας Snellen, ενώ το 1/10 στα 6/60 ή στα 20/200 της κλίμακας Snellen. Οπτική οξύτητα μικρότερη του 1/10 εκφράζεται με 1/20, 1/30, 1/40 κ.ο.κ.

Πίνακας κατά προσέγγιση ισοτιμίας οπτικής οξύτητας

Σύμβολα Snellen		Δεκαδικά	% οπτική	% οπτική
μέτρα	πόδες	σύμβολα	ικανότητα	απώλεια
6/6	20/20	10/10	100,0	0,0
6/9	20/30	7/10	91,4	8,6
6/12	20/40	5/10	83,6	16,4
6/18	20/60	3/10	69,9	30,1
6/24	20/80	2,5/10	58,5	41,5
6/60	20/200	1/10	20,0	80,0

Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι η μέτρηση της οπτικής οξύτητας είναι μία υποκειμενική μέθοδος εξέτασης και σαν τέτοια

επηρεάζεται από τους παράγοντες εξεταστής και εξεταζόμενος. Οταν μάλιστα ο εξεταζόμενος είναι άτομο που διεκδικεί αποζημίωση ή αναπηρική σύνταξη τότε ο εξεταστής πρέπει να επιστρατεύσει όλη την επιδεξιότητα, την υπομονή, την πείρα και την ευφυΐα του, δεδομένου ότι πολύ συχνά αυτός προσπαθεί να τον παραπλανήσει και να υποκριθεί ότι έχει οπτική οξύτητα μικρότερη από την πραγματική.

Προκειμένου να αντιμετωπίσουμε την υποκρισία θα μπορούσαμε να κατατάξουμε τους υποκρινόμενους σε τρεις κατηγορίες και κατόπιν να αναφερθούμε σε μερικούς τρόπους εξετάσεως.

• Στην πρώτη κατηγορία έχουμε εκείνους που προσπαθούν να προβάλλουν χαμηλή όραση και από τα δύο μάτια με σκοπό να μεγιστοποιήσουν το Π.Α. τους. Εάν είναι αμέτρωπες (μύωπες, υπερμέτρωπες, αστιγματικοί) πολύ συχνά αποφεύγουν να φορέσουν τα γυαλιά τους την ώρα της εξετάσεως λέγοντας ότι τα έχασαν ή έσπασαν ή ότι τα ξέχασαν. Πολύ συχνά επίσης, διακατεχόμενοι από το άγχος να παραπλανήσουν τον εξετάζοντα, όταν τους ζητείται να κατονομάσουν ένα σύμβολο του πίνακα οπτοτύπων, αντί να πουν "δεν βλέπω" που τους φαίνεται χονδροειδές, προτιμούν να κατονομάσουν τα γειτονικά σύμβολα του υποδεικνυόμενου και όχι το ίδιο το υποδεικνυόμενο σύμβολο. Π.χ. εάν σε μία γραμμή των οπτοτύπων αναγράφονται με τη σειρά τα σύμβολα 4 0 7 και τους ζητείται να κατονομάσουν το 0 τότε αυτοί απαντούν 4 ή 7 αποκαλύπτοντας έτσι ότι βλέπουν τουλάχιστον ένα από τα σύμβολα της γραμμής αυτής. Αλλες φορές πάλι, αντί να κατονομάσουν τα σύμβολα της γραμμής που φωτίζεται, κατονομάζουν σύμβολα γραμμών που αντιστοιχούν σε μικρότερη οπτική οξύτητα αλλά δεν φωτίζονται (!).

• Στη δεύτερη κατηγορία είναι εκείνοι που υποκρίνονται μονόπλευρη τύφλωση. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι υποκρινόμενοι αυτής της κατηγορίας, φοβούμενοι να μην αποκαλυφθούν κατονομάζοντες σύμβολα του πίνακα ενώ κοιτάζουν με τον υποτιθέμενο τυφλό οφθαλμό, ρωτούν συνήθως τον εξεταστή πιο μάτι τους έχει κλείσει με το δοκιμαστικό σκελετό.

Από τις μεθόδους εξέτασης υποκρινόμενων μονόφθαλμη τύφλωση παραθέτουμε δύο που είναι σχετικά απλές και δεν απαιτούν πολύπλοκο τεχνικό εξοπλισμό.

α) Μέθοδος εγχρώμων υάλων: Τοποθετούμε σε κάθε οφθαλμό, μέσω του δοκιμαστικού σκελετού, κόκκινα γυαλιά και καλούμε τον εξεταζόμενο να διαβάσει τα σύμβολα του πίνακα. Κατόπιν και ενώ αυτός συνεχίζει να διαβάζει τοποθετούμε επιπλέον ένα πράσινο γυαλί μπροστά στον υγιή οφθαλμό. Εάν ο εξεταζόμενος συνεχίσει να διαβάζει τότε πρόκειται για υποκριτή. Με αυτό τον τρόπο πληροφορούμαστε και την οπτική οξύτητα του υποτιθέμενου τυφλού οφθαλμού.

β) Μέθοδος θετικού φακού: Καλούμε τον εξεταζόμενο να διαβάσει τα οπτότυπα μέσω του δοκιμαστικού σκελετού. Κατόπιν τοποθετούμε μπροστά στον υγιή οφθαλμό ένα θετικό φακό +7,00 διοπτριών και μπροστά στον υποτιθέμενο τυφλό οφθαλμό ένα φακό -0,50 διοπτρίας. Εάν συνεχίσει να διαβάζει τότε πρόκειται για υποκριτή.

Γι' αυτούς που υποκρίνονται όχι πλήρη αλλά μερική τύφλωση του ενός οφθαλμού αναφέρουμε τη μέθοδο κατά την οποία τοποθετούμε τον εξεταζόμενο στο 1/2 της αρχικής απόστασης από τα οπτότυπα. Εάν αναφέρει ότι δεν βλέπει κανένα από τα μικρότερα σύμβολα σε σχέση με εκείνα που έβλεπε από την αρχική απόσταση, τότε πρόκειται για υποκριτή.

• Στην τρίτη κατηγορία υπάγονται εκείνοι που υποκρίνονται πλήρη τύφλωση και των δύο οφθαλμών. Η ευθύνη του οφθαλμίατρου -που είναι πάντα μεγάλη- εδώ, είναι ακόμα μεγαλύτερη λόγω του ότι η Πολιτεία με βάση την ισχύουσα νομοθεσία χορηγεί ειδικό επίδομα (απόλυτης αναπηρίας) σε ασφαλισμένους που πάσχουν από τύφλωση. Στους ασφαλισμένους μάλιστα συνταξιούχους λόγω γήρατος του ΙΚΑ, του ΟΓΑ και μερικών άλλων ταμείων χορηγείται το επίδομα απόλυτης αναπηρίας μόνο όταν αυτοί είναι πρακτικά τυφλοί.

Εκτός όμως από την ευθύνη είναι μεγάλη πολλές φορές και η δυσκολία που αντιμετωπίζει ο οφθαλμίατρος στο να εκτιμήσει εάν κάποιος πάσχει πράγματι από αμφίπλευρη τύφλωση, ιδιαίτερα όταν καλείται να εξετάσει οίκοι κάποιον ασφαλισμένο που αιτιάται τύφλωση και που δεν μπορεί για λόγους υγείας να προσέλθει στην Υγειονομική Επιτροπή για να εξετασθεί. Θα πρέπει τότε ο οφθαλμίατρος, χωρίς να διαθέτει το στοιχειώδη εξοπλισμό ενός οφθαλμολογικού ιατρείου και κάτω από αντίξοες πολλές φορές συνθήκες (συνήθως κακή συνεργασία λόγω γεροντικής άνοιας, πλήθος συγγενών που συνωθούνται στο δωμάτιο του αρρώστου), να αποφανθεί μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας εάν κάποιος είναι πρακτικά τυφλός ή όχι (!).

Εκτός από την κλινική εξέταση (εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία, βυθοσκόπηση, έλεγχος αντανακλαστικών της κόρης κ.λπ.) μεγάλη σπουδαιότητα έχει η πείρα, η ευστροφία και η παρατηρητικότητα του εξεταστή. Ενας έμπειρος εξεταστής αναγνωρίζει τον πραγματικά τυφλό από το βάδισμα, τις χειρονομίες,

τις κινήσεις της κεφαλής και του βλέμματός του.

Ο Κ. Τζάκος (1954), του οποίου οι απόψεις για την αντιμετώπιση των υποκρινομένων μερική ή ολική τύφλωση παραμένουν κλασσικές στην ελληνική βιβλιογραφία, προτείνει διάφορα εύκολα τεχνάσματα που μπορούν να παγιδεύσουν και να αποκαλύψουν τον υποκρινόμενο. Για ευνόητους όμως λόγους δεν τα αναφέρουμε εδώ. Τα τεχνάσματα αυτά άλλωστε είναι γνωστά σε κάθε οφθαλμίατρο.

Υπενθυμίζουμε, τέλος, ότι πρακτικά τυφλός θεωρείται διεθνώς όποιος έχει οπτική οξύτητα μικρότερη του 1/20 και στους δύο οφθαλμούς. Πρακτικά τυφλός όμως πρέπει να θεωρείται και όποιος έχει οπτικό πεδίο πολύ περιορισμένο έστω και αν έχει οπτική οξύτητα λίγο μεγαλύτερη του 1/20.

Πίνακας εκτίμησης βαθμού μείωσης ικανότητας για εργασία (ποσοστών αναπηρίας) ανάλογα με την ελάττωση της οπτικής οξύτητας του ενός ή και των δύο οφθαλμών

	10-5/10	4/10	3/10	2/10	1-2/10	1/10	1/20	κάτω 1/20	0
10-5/10	0	5	10	10	15	20	25	25	25
4/10	5	10	15	15	20	20	30	30	35
3/10	10	15	20	30	35	35	40	45	45
2/10	10	15	30	30	35	40	45	50	55
1-2/10	15	20	35	35	45	50	55	60	60
1/10	20	20	35	40	50	60	70	85	85
1/20	25	30	40	45	55	70	85	90	95
κάτω 1/20	25	30	45	50	60	85	90	95	100
0	25	35	45	55	60	85	95	100	100

Σημείωση. Η οπτική οξύτητα εκτιμάται με διόρθωση με κλασικά γυαλιά ή φακούς επαφής.

8. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

8.1. Μολυβδίαση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από αυξημένη πρόσληψη Pb.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως απουσιάζουν

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος <40 mg/100 ml, δ- ALA ούρων 0,06 mg/100 ml.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως ελαφρά, τα κλινικά ευρήματα απουσιάζουν και πιθανόν να παρατηρηθούν ελαφρές αιματολογικές διαταραχές. Αλλαγή θέσεως εργασίας ή ολιγοήμερος απουσία από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 20%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Δεν είναι αρκετά εμφανή, πιθανώς παρουσιάζεται βαθμός μυϊκής κοπώσεως.

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος 40-80 mg/100 ml, δ-ALA ούρων 0,2-2 mg/100 ml. Αιματολογικές διαταραχές σημαντικές (πτώση της Hb).

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ακόμη ως ελαφρά, αντιμετωπίζεται με απομάκρυνση από την εργασία για σύντομο χρονικό διάστημα (3 μήνες) και παρακολούθηση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................20-50% [3 μήνες]

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Παρυφή μολύβδου, ωχρότητα, κωλικοί.

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος 80-120 mg/100 ml, δ-ALA ούρων 2-4 mg/100 ml.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως χρονία δηλητηρίαση και αντι-

μετωπίζεται με απομάκρυνση από την εργασία για μακρό χρονικό διάστημα. Χορήγηση ασβεστούχου EDTA ή πενικιλλαμίνης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-67% [1-2 χρόνια]

4ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Παρυφή μολύβδου, ωχρότητα, κωλικοί, τρόμος, παραλύσεις, νεφροπάθεια, ψύχωση, αϋπνίες, εγκεφαλοπάθεια.

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος > 120 mg/100 ml, δ-ALA ούρων > 4 mg/100 ml.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως σοβαρή. Αντιμετωπίζεται με μακροχρόνιο απουσία από την εργασία και εισαγωγή σε νοσοκομείο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................... 67% και άνω [2-3 χρόνια]

8.2. Υδραργυρίαση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από την εισπνοή των ατμών του υδραργύρου κατά την εξόρυξη των ορυκτών και κατά τη βιομηχανική επεξεργασία του μετάλλου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Κεφαλαλγία, ενοχλήματα από το πεπτικό σύστημα.
Υδραργυρική φακοειδίτιδα, δερματίτιδα.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αυξημένα επίπεδα Hg στο αίμα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το επίπεδο αυτό χαρακτηρίζεται ως πρώιμο και τα συμπτώματα βελτιώνονται με την απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 35% [3 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Σιελόρροια, ουλίτιδα, στοματίτιδα, απόπτωση οδόντων, λεπτός τρόμος, δακτύλων αρχικά και βλεφάρων, και στη συνέχεια των άνω και κάτω άκρων. Ευερεθιστότητα, παραισθήσεις. Εξελκώσεις του δέρματος, διάτρηση ρινικού διαφράγματος. Δυσαρθρία, αταξία και στένωση των οπτικών πεδίων. Νέφρωση.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αυξημένα επίπεδα Hg στα ούρα και το αίμα. Αύξηση της κρεατινίνης.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Απομάκρυνση από την εργασία. Θεραπεία με BAL και ασβεστούχο EDTA.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50% και άνω [1-3 χρόνια]

8.3. Δηλητηρίαση από κάδμιο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από απορρόφηση καδμίου σε εργαζόμενους σε εργοστάσια παρασκευής κραμάτων καδμίου, σε επιμεταλλωτές, σε εργοστάσια παραγωγής μπαταριών, σε πυρηνικούς αντιδραστήρες, κατά την παρασκευή χρωμάτων και σε κάθε δραστηριότητα όπου χρησιμοποιείται το μέταλλο.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Καταβολή δυνάμεων, ναυτία, βήχας, κοιλιακά άλγη.

Παρακλινικά ευρήματα

Ελαφρά υπόχρωμος αναιμία. Κάδμιο ούρων <10 mg/L.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ιαση μετά από απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 20%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Απώλεια βάρους, κίτρινοι δακτύλιοι στα δόντια, ανοσμία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπόχρωμος αναιμία. Κάδμιο ούρων >10 mg/L.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η βλάβη είναι ακόμη αναστρέψιμη, απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.................... 20-50% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Πνευμονικό εμφύσημα με μείωση της ΖΧ κάτω του 60%.

Εργαστηριακά ευρήματα
β_2-μικροσφαιρίνη στα ούρα από 200-499 mg/L.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μακροχρόνια απομάκρυνση από την εργασία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-67% [2 χρόνια]

4ο Επίπεδο

Βαρύ πνευμονικό εμφύσημα, νεφρική βλάβη, υπέρταση.

Εργαστηριακά ευρήματα
Μικροσφαιρίνη στα ούρα από 500-999 mg/L.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μόνιμη απομάκρυνση από την εργασία σχετιζομένη με κάδμιο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67% και άνω [πάνω από 2 χρόνια]

8.4. Δηλητηρίαση από βηρύλιο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση προκαλείται από την εισπνοή της σκόνης και των ατμών του βηρυλίου τόσο κατά την εξόρυξη, όσο και κατά τη βιομηχανική επεξεργασία.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Δερματίτιδα, επιπεφυκίτιδα και ερεθισμός των ανωτέρων αναπνευστικών οδών (πνευμονίτιδα).

Εργαστηριακά ευρήματα
Η ακτινογραφία των πνευμόνων δείχνει διάχυτο σκιερότητα με διάσπαρτα κοκκία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα συμπτώματα υποχωρούν μετά την απομάκρυνση από την εργασία εκτός ίσως της δερματίτιδας, η οποία επιμένει.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0-50% [6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Απώλεια βάρους, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, δύσπνοια, βήχας, ταχυκαρδία, κυάνωση.

Εργαστηριακά ευρήματα
Η ακτινογραφία θώρακος δείχνει μικροοζώδεις-μεγαλοοζώδεις σκιάσεις, πνευμονικό εμφύσημα (λοβώδες). Μεγάλη μείωση της ΖΧ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι βαριά. Μακροχρόνιος ή και μόνιμος απομάκρυνση από την εργασία. Θεραπεία με BAL και EDTA.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-80% [1-3 χρόνια]

8.5. Εξελκώσεις από επίδραση χρωμικού οξέος, χρωμικών και διχρωμικών αλκαλίων

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η έκθεση του δέρματος και των βλεννογόνων στις παραπάνω ενώσεις του χρωμίου προκαλεί έλκη.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Εξελκώσεις του δέρματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Θεραπεύονται σχετικά καλά με διάλυμα ασβεστούχου EDTA.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 20% [6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Χρονία ρινίτιδα, διάτρηση ρινικού διαφράγματος, παραρρινοκολπίτιδα, πολύποδες.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Παρουσιάζεται βελτίωση με την απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................20-50% [1-2 χρόνια]

8.6. Δηλητηριάσεις από φωσφόρο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση από φωσφόρο ή των ενώσεών του συμβαίνει κατά τη βιομηχανική χρησιμοποίησή του για την παραγωγή χρωμάτων, καπνογόνων, μυοκτόνων, αντιπαρασιτικών, γεωργικών φαρμάκων, κ.ά.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα:
Επί οξείας δηλητηριάσεως παρατηρούνται ανορεξία, ναυτία, σιελόρροια, εφιδρώσεις, μύση, πνευμονικό οίδημα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αμεση απομάκρυνση από την εργασία. Πρόγνωση καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 20-50% [1-2 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
"Σιαγών φωσφόρου", νέκρωση του οστού της γνάθου, διαπύηση, οστικό απόλυμα, παραμόρφωση προσώπου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η βλάβη είναι μόνιμη

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50-80% [1-3 χρόνια]

8.7. Δηλητηριάσεις από αρσενικό και τα σύνθετά του

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση επισυμβαίνει σε άτομα που είναι εκτεθειμένα στη σκόνη του αρσενικού ή τις ενώσεις του (AsH_3, οργανικές ενώσεις του As).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Εμετοι, διάρροια, ίκτερος, δερματίτιδα.

Εργαστηριακά ευρήματα
Αναιμία, αιμοσφαιρινουρία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα συμπτώματα υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-20%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Εμετοι, διάρροια, ίκτερος, δερματίτιδα, εξελκώσεις, επιπεφυκίτιδα, διάτρηση του ρινικού διαφράγματος, περιφερική νευροπάθεια.

Εργαστηριακά ευρήματα
Αναιμία, ΗΜΓ παθολογικό.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα περισσότερα των συμπτωμάτων υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία ακόμη και η περιφερική νευροπάθεια μερικώς.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 20-67% [1-2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Ηπατομεγαλία, ηπατική κίρρωση. Περιφερική αγγειοπάθεια. Καρκίνος;

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ηπατομεγαλία, εφ'όσον δεν έχει προχωρήσει σε κίρρωση, είναι δυνατόν να υποχωρήσει με την απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67% και άνω [2-3 χρόνια]

8.8. Δηλητηριάσεις από οξείδια, άλατα και ενώσεις νικελίου

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση προκαλείται από την εισπνοή υψηλών συγκεντρώσεων διαλυτών ενώσεων του νικελίου κατά την επεξεργασία του μετάλλου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Ανοσμία, διάτρηση ρινικού διαφράγματος, δερματίτιδα, άσθμα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Οι ασθματικές προσβολές υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία τις περισσότερες φορές.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 0-50% [1 χρόνο]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Καρκίνος του λάρυγγα, του βλεννογόνου της ρινός, των παραρρινίων κόλπων και των πνευμόνων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Πρόγνωση κακή.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 67% και άνω [2 χρόνια]

8.9. Δηλητηριάσεις από διοξείδιο του μαγγανίου

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η σκόνη του διοξειδίου του μαγγανίου προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση στους πνεύμονες. Εξαιτίας της επίδρασης που ασκεί στην clearence της σκόνης και στα πνευμονικά μακροφάγα, αυξάνει την ευαισθησία στις λοιμώξεις. Επίσης προκαλεί σοβαρές νευρολογικές βλάβες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Είναι το υποκλινικό στάδιο το οποίο χαρακτηρίζεται από μη ειδικά συμπτώματα, όπως ανορεξία, καταβολή δυνάμεων και απάθεια. Κεφαλαλγία, αϋπνίες, σπασμοί, αρθραλγίες και ευερεθιστότητα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Ολα τα συμπτώματα υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 35% [6 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Ψυχικά και ψυχοκινητικά συμπτώματα, όπως δυσαρθρία, διαταραχές βαδίσεως και σιελόρροια.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Μερικά από τα συμπτώματα υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 35-50% [1-2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα
Παρόμοια με εξωπυραμιδική συνδρομή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Χαρακτηρίζεται ως βαριά κατάσταση, η οποία δεν είναι αναστρέψιμη.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ 67-80% [2-3 χρόνια]

8.10. Δηλητηριάσεις από φθόριο και ενώσεις του

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το υδροφθορικό οξύ προκαλεί ερεθισμό του δέρματος από το απλό ερύθημα μέχρι σοβαρού βαθμού έγκαυμα, ανάλογα με την πυκνότητά του και το χρόνο έκθεσης. Οι ατμοί του φθορίου προκαλούν ερεθισμό των βρόγχων (βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα). Η χρόνια έκθεση προκαλεί βλάβες στα οστά (οστεοσκλήρυνση, οστεοπέτρωση, υπεροστώσεις, ασβεστοποιήσεις τενόντων και συνδέσμων), βλάβη των οδόντων, δυσκινησία.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ερεθισμός του δέρματος

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Απομάκρυνση από την εργασία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........ Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Εγκαύματα, αποφρακτική πνευμονοπάθεια με σημαντικού βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Μετά την απομάκρυνση από την έκθεση και την κατάλληλη θεραπεία τα συμπτώματα υποχωρούν.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......20-50%

3ο Επίπεδο

Βλάβες οστών με δυσκινησία ισχίων και γονάτων. Παραισθησίες, αδυναμία και παραλύσεις από πίεση νευρικών ριζών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μη αναστρέψιμες βλάβες. Φυσικοθεραπεία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......67-80%

8.11. Δηλητηριάσεις από ανυδρίτες θειώδους και θειικού οξέος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι ερεθιστικά αέρια και τα αποτελέσματα κατά την επαφή τους με τους βλεννογόνους είναι ο σχηματισμός θειώδους και θειϊκού οξέος που προκαλούν βλάβες. Στον οργανισμό εισέρχονται με την αναπνοή και πιθανώς από το δέρμα. Η απορρόφηση μεγάλων ποσοτήτων έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή μεθαιμοσφαιρίνης.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Οξεία δηλητηρίαση. Εντονος ερεθισμός των βλεννογόνων, δύσπνοια, κυάνωση, απώλεια της συνειδήσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Απομάκρυνση από το χώρο έκθεσης. Πρόγνωση καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Χρονία δηλητηρίαση. Ξηρότητα ρινός, φάρυγγος, λάρυγγος, ρινορραγίες, ξηρός βήχας, γαστρικές διαταραχές, οίδημα βλεννογόνων, επιπεφυκίτιδα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αναστρέψιμες βλάβες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......Αναρρωτική άδεια

3ο Επίπεδο

Χρονία βρογχίτιδα, εμφύσημα με δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Λειτουργικές βλάβες νεύρων.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μόνιμες βλάβες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......50-67%

8.12. Δηλητηριάσεις από νιτρικό οξύ-οξείδια αζώτου και αμμωνία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι ατμοί του νιτρικού οξέος και τα οξείδια του αζώτου προκαλούν ως ερεθιστικά δερματοπάθειες, βρογχόσπασμο, χημική κυψελιδίτιδα, βαρύ πνευμονικό οίδημα, πνευμονοπάθειες οφειλόμενες πιθανώς σε αυτοάνοσο αντίδραση (βρογχιολίτιδα ινώδης αποφρακτική). Οι ατμοί αμμωνίας προκαλούν επιπεφυκίτιδα, ελκώδη κερατίτιδα, βλάβη των φακών, χημική βρογχίτιδα, πνευμονικό οίδημα, στοματίτιδα, φαρυγγίτιδα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δερματοπάθειες, επιπεφυκίτιδες, στοματίτιδες.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή.
Οι βλάβες αποκαθίστανται μετά την απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.......5-20%

2ο Επίπεδο

Βρογχίτιδες, κυψελιδίτιδες, πνευμονικό οίδημα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αναστρέψιμες συνήθως βλάβες

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (χρονικό διάστημα αναλόγως).......35-67%

8.13. Δηλητηριάσεις από μονοξείδιο του άνθρακα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) έχει μεγαλύτερη συγγένεια με την αιμοσφαιρίνη από το οξυγόνο και συνδέεται μαζί της

σχηματίζοντας ανθρακυλαιμοσφαιρίνη. Τα συμπτώματα της δηλητηριάσεως εξαρτώνται από τις συγκεντρώσεις της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης. Εαν η δηλητηρίαση με CO παραταθεί είναι δυνατόν να προκύψει βλάβη του εγκεφάλου. Το CO δεν συσσωρεύεται και αποβάλλεται από τους πνεύμονες μετά την απομάκρυνση του ατόμου από την έκθεση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ερυθρότητα, ελαφρός πονοκέφαλος, βαθμός δύσπνοιας στην προσπάθεια.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή μετά την απομάκρυνση από τον χώρο με υψηλή συγκέντρωση CO.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............Αναρρωτική άδεια μερικών ημερών

2ο Επίπεδο

Σοβαρός πονοκέφαλος, ίλιγγοι, ναυτία, έμετοι, ευερεθιστότητα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............Αναρρωτική άδεια

3ο Επίπεδο

Απώλεια συνειδήσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χορήγηση οξυγόνου, τεχνητή αναπνοή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............Αναρρωτική άδεια

4ο Επίπεδο

Μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες (βλάβη των βασικών γαγγλίων), διαταραχές της προσωπικότητας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή πρόγνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............50-67%

8.14. Δηλητηριάσεις από αρσενικούχο υδρογόνο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η χρονία δηλητηρίαση προκαλεί αναιμία, λευκοπενία, ηπατοπάθεια, εκζεματοειδή δερματίτιδα, υπερκεράτωση, μελάνωση (γύρω από τα μάτια), λευκόδερμα. Επίσης διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Περιφερική νευροπάθεια κυρίως στα κάτω άκρα. Καρκινογένεση (καρκίνος του δέρματος, αγγειοσάρκωμα του ήπατος, καρκίνος του αναπνευστικού συστήματος και πιθανώς και του στομάχου).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αναιμία, λευκοπενία, επηρεασμός της ηπατικής λειτουργίας, ελαφρά δερματίτιδα, υπερκεράτωση του δέρματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα περισσότερα από τα συμπτώματα είναι αναστρέψιμα μετά την απομάκρυνση από την εργασία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............10-50% [για 6 μήνες - 1 χρόνο]

2ο Επίπεδο

Περιφερική νευροπάθεια Διάτρηση ρινικού διαφράγματος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βραδεία βελτίωση μετά την απομάκρυνση από την εργασία

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............50-67% [από 1-2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Καρκίνος του δέρματος, του ήπατος ή του αναπνευστικού συστήματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............80%

8.15. Δηλητηριάσεις από αρωματικούς υδρογονάνθρακες(βενζόλιο, τολουόλιο, ξυλόλιο)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το βενζόλιο ασκεί εκλεκτική δράση επί του μυελού των οστών πιθανώς γιατί έχει παρατηρηθεί ότι η συγκέντρωσή του στο μυελό των οστών είναι είκοσι φορές περισσότερο από ό,τι στους άλλους ιστούς. Ο μηχανισμός δράσεώς του δεν είναι γνωστός.

Επί χρονίας δηλητηριάσεως είναι δυνατόν να αναπτυχθεί αναιμία, η οποία συνοδεύεται από μακροκυττάρωση και θρομβοκυττάρωση. Στο περιφερικό αίμα διαπιστώνεται η παρουσία μυε-

λοκυττάρων και εμπύρηνων ερυθρών, καθώς και ερυθρών με βασεόφιλο στίξη. Σύνηθες εύρημα είναι η λευκοπενία με λεμφοπενία. Στο τέλος είναι δυνατό να εμφανισθεί απλαστική αναιμία λόγω της επί του DNA επιδράσεως του βενζολίου. Επίσης είναι δυνατόν να αναπτυχθεί οξεία λευχαιμία μυελοβλαστικού τύπου. Από την τελευταία έκθεση στον βλαπτικό παράγοντα μέχρι και την εμφάνιση της λευχαιμίας παρεμβάλλεται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αναιμία με λευκοκυττάρωση με παρουσία εμπύρηνων ερυθρών και ερυθρών με βασεόφιλο στίξη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................0-35%

Αναρρωτική άδεια, αλλαγή θέσεως εργασίας

2ο Επίπεδο

Απλαστική αναιμία, λευχαιμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................67-80%

8.16. Δηλητηριάσεις από χλωραιθυλένια (τριχλωραιθυλένιο, τετραχλωραιθυλένιο)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τοξικές ιδιότητες παρουσιάζει το τριχλωραιθυλένιο, το οποίο μετά από επαναλαμβανόμενη έκθεση προκαλεί καταβολή δυνάμεων, ερεθισμό, πονοκέφαλο και γαστρεντερικές διαταραχές. Εχει παρατηρηθεί παράλυση των κρανιακών νεύρων (V, VI, VIII, IX και XII)· περισσότερο προσβάλλεται η V εγκεφαλική συζυγία. Αν και δεν χαρακτηρίζεται ως ηπατοτοξικό, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ηπατικής βλάβης. Λόγω της τοξικότητάς του έχει αντικατασταθεί από το τετραχλωραιθυλένιο.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Παραλύσεις εγκεφαλικών νεύρων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................35-50% [1 χρόνο]

8.17. Δηλητηριάσεις από διθειάνθρακα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προσβάλλει το νευρικό σύστημα και η προσβολή εκδηλώνεται με τρεις μορφές: α) Λειτουργικές διαταραχές που αφορούν τις υψηλές πνευματικές λειτουργίες. β) Περιφερική νευροπάθεια. γ) Αγγειακές βλάβες. Οι διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας επέρχονται γρήγορα και οφείλονται σε διαταραχές του μεταβολισμού των νευρομεταβιβαστών. Η περιφερική νευροπάθεια εκδηλώνεται με διαταραχές της αισθητικότητας, αιμωδίες, κινητική αδυναμία και κόπωση. Η μείωση της ταχύτητας αγωγής είναι ένα πρόδρομο σημείο. Οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε εκφύλιση του νευράξονα. Οι άξονες που δεν καταστράφηκαν είναι δυνατόν να αποκατασταθούν μετά το τέλος της έκθεσης. Από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα προεξάρχουν τα συμπτώματα που έχουν σχέση με την ψυχική σφαίρα και εκδηλώνονται ως οργανική ψύχωση. Μερικές φορές παρουσιάζεται εξωπυραμιδική συνδρομή λόγω βλάβης της ωχράς σφαίρας και του ραβδωτού σώματος· επίσης είναι δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές από το οπτικό και ακουστικό νεύρο. Οι αγγειακές βλάβες παρουσιάζονται κυρίως στην καρδιά, τον εγκέφαλο και τους νεφρούς. Τα στεφανιαία αγγεία είναι τα πλέον ευπαθή και εμφανίζεται ισχαιμική νόσος. Οι νεφροί παρουσιάζουν σπειραματοσκλήρυνση και οι βλάβες των αγγείων του εγκεφάλου ενοχοποιούνται για τις εκδηλώσεις από το ΚΝΣ.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Διαταραχές της αισθητικότητας, κινητική αδυναμία, αιμωδίες, ζάλες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 35%

2ο Επίπεδο

Περιφερική νευροπάθεια με ΗΜΓ ευρήματα. Εξωπυραμιδική συνδρομή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................35-50%

3ο Επίπεδο

Οργανική ψύχωση, ισχαιμική νόσος της καρδιάς, νεφρική βλάβη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........67-80%

8.18. Δηλητηριάσεις από τετραχλωράνθρακα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά την οξεία δηλητηρίαση και όταν καταποθεί παρουσιάζεται επιγαστραλγία, αιματέμεση και ηπατική ευαισθησία. Η εισπνοή του προκαλεί ερεθισμό του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος. Ανάλογα με την ποσότητα που απορροφήθηκε εμφανίζονται νάρκη, κώμα, αναπνευστική ανεπάρκεια, υπόταση και κοιλιακή μαρμαρυγή. Εάν δεν προκληθεί ηπατική ή νεφρική βλάβη το άτομο μπορεί να ανανήψει. Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν οξεία κεντρολοβιώδης νέκρωση του ήπατος και οξεία σωληναριακή νέκρωση των νεφρών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Επιγαστραλγία, αιματέμεση, καταβολή (εκδηλώσεις οξείας δηλητηρίασης χωρίς μόνιμες βλάβες).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Βλάβη του ήπατος ή των νεφρών ή και τα δύο μαζί.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-80%

8.19. Δηλητηριάσεις από βρωμιούχο μεθύλιο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εχει υψηλή τοξικότητα, προκαλεί ερεθισμό του αναπνευστικού συστήματος, ναυτία, έμετο, κεφαλαλγίες, δακρύρροια, βήχα, ανορεξία, κοιλιακά άλγη, διπλωπία, πνευμονικό οίδημα, ολιγουρία, επιληπτικές κρίσεις.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον βαθμό της έκθεσης και τη συγκέντρωση του αερίου στον αέρα. Ελαφρές περιπτώσεις θεραπεύονται σε 18 μήνες περίπου. Η επαφή του με το δέρμα προκαλεί το σχηματισμό φυσαλίδων ή έκζεμα. Στη χρόνια δηλητηρίαση εμφανίζονται περιφερική νευροπάθεια, τρόμος, ουραιμία, ψυχικά συμπτώματα (κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, αμνησία, αϋπνίες). Σε περιπτώσεις θανάτων βρέθηκαν αιμορραγίες στον εγκέφαλο, το ήπαρ, τους νεφρούς και τους πνεύμονες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ναυτία, έμετοι, δακρύρροια, βήχας, δερματικές εκδηλώσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Πνευμονικό οίδημα, επιληπτικές κρίσεις, ουραιμία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........35-50% [1-2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Περιφερική νευροπάθεια, ψυχικές εκδηλώσεις.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-67%

8.20. Δηλητηριάσεις από χλωριούχο μεθύλιο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ερεθίζει έντονα το δέρμα και τους βλεννογόνους. Μετά από οξεία έκθεση τα συμπτώματα προέρχονται από το ΚΝΣ με αιμωδίες των άκρων και λήθαργο. Μετά από χρόνια έκθεση προσβάλλει τα στεφανιαία αγγεία και τα αγγεία του εγκεφάλου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ερεθισμός του δέρματος και των βλεννογόνων. Αιμωδίες, λήθαργος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Βλάβη αγγείων (στεφανιαίων, εγκεφάλου)

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........50-80%

8.21. Δηλητηριάσεις από νιτρο- αμινο- και χλωριο- παράγωγα του βενζολίου και των ομολόγων του

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά την είσοδό τους στον οργανισμό προκαλούν το σχηματισμό μεθαιμοσφαιρίνης. Τα αμινοπαράγωγα έχουν καρκινογόνους ιδιότητες (προκαλούν καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος και κυρίως της ουροδόχου κύστεως). Τα συμπτώματα που προκαλούν τα νιτρο- και αμινο- παράγωγα είναι εξέρυθρο προσωπείο, παλμική κεφαλαλγία, ελαφρά δύσπνοια, ζάλη και μυϊκή αδυναμία. Σε βαριές δηλητηριάσεις παρουσιάζονται ναυτία, έμετοι, κωλικοί, κυάνωση και δύσπνοια. Στη χρόνια δηλητηρίαση εμφανίζονται αναιμία, ελαφρά κυάνωση, ελαφρός αιμολυτικός ίκτερος. Ορισμένες από τις ουσίες αυτές προκαλούν ερεθισμό του δέρματος. Στο αίμα παρουσιάζεται αναιμία, ερυθρά με βασεόφιλο στίξη καθώς και ερυθρά με σωματίδια του Heinz.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κεφαλαλγία, ζάλη, ελαφρά δύσπνοια, ναυτία, έμετοι, κωλικοί.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................ Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Εμφάνιση ικτέρου, αναιμία, κυάνωση.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................ 50-67% [6 μήνες - 1 χρόνο]

8.22. Δηλητηριάσεις από ισοκυανιούχα οργανικά

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι ερεθιστικά του δέρματος και των βλεννογόνων. Οι εκδηλώσεις στο δέρμα κυμαίνονται από τον απλό κνησμό μέχρι το εκτεταμένο έκζεμα. Προκαλούν επίσης ερεθισμό των οφθαλμών, αλλά η σοβαρότερη δράση τους είναι το αναπνευστικό σύστημα. Τα συμπτώματα από το αναπνευστικό αρχίζουν με ρινίτιδα, ρινοφαρυγγίτιδα και διάφορες πνευμονικές καταστάσεις με επικρατέστερη εκείνη του άσθματος. Τις ασθματικές κρίσεις προκαλεί κυρίως το 2,4-διισοκυανικό τολουόλιο. Τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά το τέλος μιας περιόδου έκθεσης, η οποία κυμαίνεται από λίγες ημέρες μέχρι δύο μήνες. Αρχίζουν με ερεθισμό των οφθαλμών, του φάρυγγα, βήχα το βράδυ, προκάρδια άλγη και δύσπνοια. Τα συμπτώματα χειροτερεύουν κατά τη διάρκεια της νύχτας και εξαφανίζονται το πρωί. Μετά από ανάπαυση μερικών ημερών μειώνονται, αλλά η επιστροφή στην εργασία συνοδεύεται με επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Η φυσιοπαθολογία της δηλητηρίασης δεν έχει εξηγηθεί· μερικοί ομιλούν για πρωτοπαθή ερεθισμό και μερικοί για αλλεργική αντίδραση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Εκδηλώσεις από το δέρμα, ερεθισμός των οφθαλμών, ρινίτιδα, ρινοφαρυγγίτιδα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................ Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Βρογχικό άσθμα. (Ανάλογα με τη βαρύτητα).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................ 35-50% [1 χρόνο]

8.23. Ανθραξ

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από το βάκιλλο του άνθρακα. Η νόσος είναι σπάνια σήμερα. Προσβάλλει άτομα που ασχολούνται με το κρέας, το δέρμα, ή τις τρίχες των ζώων. Υπάρχουν τρεις μορφές της νόσου α) Η δερματική, β) η πνευμονική και γ) η εντερική.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ανάλογα με τη μορφή είναι και το επίπεδο βαρύτητας.
Δερματική και εντερική μορφή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση στη δερματική μορφή είναι πολύ καλή. Η πνευμονική έχει βαριά πρόγνωση και η εντερική βρίσκεται σε ενδιάμεσο επίπεδο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........................ 50-67% (6 μήνες - 1 χρόνο)

2ο Επίπεδο

Πνευμονική μορφή

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή, μέ την έγκαιρη θεραπεία όμως η εξέλιξη μπορεί να είναι καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..50-80% [για 1 χρόνο]

8.24. Ικτερο- αιμορραγική σπειροχαίτωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται στην *Leptospira interrogans.* Ο άνθρωπος μολύνεται κυρίως δια λύσεως της συνεχείας του δέρματος από εκκρίματα ζώων. Τα συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγη, κεφαλαλγία, μυαλγίες. Παρουσιάζεται ηπατοσπληνομεγαλία. Στις βαρειές περιπτώσεις εμφανίζεται ίκτερος, αζωθαιμία, αιμορραγικές εκδηλώσεις, μηνιγγίτιδα, κυκλοφορική ανεπάρκεια. Σπάνια νόσος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Πυρετός, μυαλγίες, σπληνομεγαλία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση, εφ'όσον η θεραπεία αρχίσει έγκαιρα, είναι καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναρρωτική άδεια για μικρό χρονικό διάστημα.

2ο Επίπεδο

Ικτερος, αζωθαιμία, αιμορραγικές εκδηλώσεις, μηνιγγίτιδα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση με την έγκαιρη θεραπεία είναι καλή, δεν καταλείπει υπολείμματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ............................50-67% [6 μήνες έως 1 χρόνο]

8.25. Τέτανος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται στο κλωστηρίδιο του τετάνου. Η μόλυνση γίνεται δια τραυματισμού. Προκαλεί δυσκαμψία του αυχένος, τονικούς σπασμούς υπό μορφή παροξυσμών. Ο σπασμός των αναπνευστικών μυών οδηγεί σε θάνατο λόγω άπνοιας. Η θεραπεία πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Υπάρχει η ελαφρά μορφή που απαιτεί μόνον ηρεμιστικά. Η μέτριας βαρύτητας μορφή και η βαριά μορφή με συχνούς σπασμούς όπου απαιτείται τραχειοστομία, υποβοήθηση της αναπνοής και φαρμακευτική αγωγή.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ειδική θεραπευτική αγωγή είναι συνήθως αποτελεσματική και η νόσος δεν καταλείπει υπολείμματα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..Αναρρωτική άδεια

8.26. Αγκυλοστομίαση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από το παράσιτο *Ankylostoma duodenale* και το συγγενικό τους *Necator americanis.* Σαν επαγγελματική ασθένεια έχει μόνο ιστορικό ενδιαφέρον.

8.27. Νόσοι από μεταβολές της ατμοσφαιρικής πιέσεως

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εμφανίζονται σε άτομα, τα οποία εργάζονται σε συνθήκες υψηλής πιέσεως και κυρίως κατά το στάδιο της αποσυμπίεσης. Το σύνδρομο της αποσυμπίεσης παρουσιάζεται σε τρεις ομάδες ατόμων: α) άτομα τα οποία εργάζονται σε συνθήκες πεπιεσμένου αέρα και αποσυμπιέζονται γρήγορα· β) δύτες οι οποίοι ανέρχονται στην επιφάνεια του νερού γρήγορα από βάθος μεγαλύτερο των 10 μέτρων· γ) τα πληρώματα των αεροσκαφών που ανέρχονται με μεγάλη ταχύτητα σε ύψος πάνω από 5.500 μέτρα. Τα συμπτώματα οφείλονται στον σχηματισμό φυσαλίδων αζώτου στα υγρά του σώματος και τους ιστούς. Μεγάλες φυσαλίδες αζώτου μεγέθους που να προκαλεί συμπτώματα σχηματίζονται όταν η μερική πίεση του αζώτου στους ιστούς γίνεται γρήγορα δύο ή

περισσότερες φορές μεγαλύτερη από την ατμοσφαιρική. Η κλινική σημειολογία εξαρτάται από το σημείο που σχηματίζονται οι φυσαλίδες, ενώ το μέγεθός τους και ο ρυθμός αναπτύξεώς τους καθορίζουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ελαφρός ή και μεγάλος πόνος των άκρων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Αδυναμία των άκρων, αιμωδίες, ίλιγγος, πονοκέφαλος, δύσπνοια. Θεραπεία σε θάλαμο αποσυμπίεσης.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση συνήθως καλή.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... 50% [6 μήνες - 1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Παραλύσεις των άκρων.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... 67-80%

8.28. Παθήσεις από πίεση και τριβή

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρουσιάζονται λόγω των ειδικών θέσεων που υποχρεωτικά λαμβάνουν κατά την εργασία τους ορισμένοι εργαζόμενοι. Οι θέσεις αυτές είναι δυνατόν να έχουν ως αποτέλεσμα την εφαρμογή πιέσεως, τριβής ή επανειλημμένων πλήξεων επί ορισμένων σημείων του σώματος. Οταν η πίεση εφαρμόζεται σε σημεία που υπάρχουν ορογόνοι υμένες, τότε προκαλούνται χρόνιες καταστάσεις, όπως χρονία θυλακίτιδα με συλλογή υγρού μέσα στον ορογόνο θύλακο. Μερικές φορές παρουσιάζεται και επιμόλυνση της αρθρώσεως. Μερικές από τις εμφανιζόμενες παθολογικές καταστάσεις είναι: υποδόριος κυτταρίτιδα της άκρας χειρός, θυλακίτιδα ή υποδόριος κυτταρίτιδα του γόνατος, θυλακίτιδα ή υποδόριος κυτταρίτιδα του αγκώνος.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Συμπτώματα οξείας φλεγμονής χωρίς σημεία διαπύησης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Διαπύηση με επέκταση προς γειτονικούς ορογόνους θυλάκους και τα τενόντια έλυτρα. Συλλογή υγρού εντός του αρθρικού θυλάκου.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... 35-50% [6 μήνες - 1 χρόνο]

8.29. Παθήσεις οφειλόμενες σε μηχανικές δονήσεις

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρουσιάζονται σε άτομα τα οποία κατά την εργασία τους χρησιμοποιούν εργαλεία που κατά τη λειτουργία τους κινούνται ρυθμικά και γρήγορα σε ευθεία διεύθυνση με εναλλασσόμενη φορά. Η συχνότητα των κραδασμών αυτών κυμαίνεται από 250-6000/min. Τέτοια εργαλεία είναι το αεροτρύπανο, η αερόσφυρα, τα αλυσοπρίονα κ.ά. Οι κραδασμοί από τα εργαλεία αυτά επενεργούν επί των άνω άκρων και προκαλούν παθολογικές καταστάσεις, όπως είναι το φαινόμενο Raynaud ή όπως αποκαλείται "λευκός δάκτυλος" (white finger), εικόνα αφαλατώσεως των οστών του καρπού, φαινόμενο Dupuytren, βλάβες των μαλακών μορίων, οστεοαρθρίτιδα των οστών του καρπού, του αγκώνος και του ώμου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Φαινόμενο Raynaud. Εκτεταμένη λευκότητα συνήθως όλων των δακτύλων αμφοτερόπλευρα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... 35-50% [1 χρόνο]

2ο Επίπεδο

Εκτεταμένη λευκότητα όλων των δακτύλων με τροφικές διαταραχές. Οστικές βλάβες (άσηπτος νέκρωση) οστών του καρπού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....... 67-80%

8.30. Παθήσεις προκαλούμενες από τον ήχο-θόρυβο

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η επαγγελματική έκθεση σε θορυβώδες περιβάλλον προκαλεί μείωση της ακουστικής οξύτητας. Στην αρχή η ελάττωση αυτή είναι ανατάξιμη, με την πάροδο του χρόνου και εφ' όσον ο εργαζόμενος δεν χρησιμοποιεί τα ατομικά μέσα προστασίας της ακοής του ή δεν απομακρυνθεί από το θορυβώδες περιβάλλον, η ακουστική βλάβη γίνεται μόνιμη. Η διάγνωση επαληθεύεται με ακοομέτρηση. Αναπηρία υπάρχει όταν η απώλεια της ακουστικής οξύτητας από το καλύτερο ους ανέρχεται περίπου στα 40 DB στις συχνότητες 1000, 2000 και 3000 Hz. Η επαγγελματική μείωση της ακοής δίνει το μέγιστο αυτής γύρω στα 4.000 Hz, ενώ επί γεροντικής ελαττώσεως της ακοής παρατηρείται μια βαθμιαία απώλεια, η οποία αυξάνει προοδευτικά στις υψηλές συχνότητες.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η εκτίμηση των Π.Α. γίνεται όπως και στις κοινές βαρηκοΐες.

8.31. Καταρράκτης εκ πυρακτώσεως

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η έκθεση κατά την εργασία σε υπέρυθρο ακτινοβολία, η οποία προκαλείται από πυρακτωμένα αντικείμενα προκαλεί βλάβη του φακού των οφθαλμών. Επίσης η ακτινοβολία Χ έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί καταρράκτη. Σε όλες τις περιπτώσεις ο καταρράκτης αρχίζει από τον οπίσθιο πόλο του φακού αμέσως κάτω από την οπίσθια θήκη. Η παθογνωμονική αλλαγή που προκαλείται στον φακό των οφθαλμών από τις ακτινοβολίες, πιστεύεται ότι είναι η αποφολίδωση της ακτινωτής ζώνης στην εμπρόσθια θήκη.

Ο επαγγελματικός καταρράκτης συναντάται σπάνια σήμερα γιατί η νέα τεχνολογία απομάκρυνε τον κίνδυνο από την ακτινοβολία· όπου αυτό είναι αδύνατο ο εργαζόμενος πρέπει να φοράει ειδικά γυαλιά, τα οποία περιέχουν μεταλλικά οξείδια που εμποδίζουν την είσοδο της ακτινοβολίας, αλλά επιτρέπουν την είσοδο του φωτός.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τον βαθμό βλάβης και τη μείωση της οπτικής οξύτητας τα Π.Α. όπως στον γεροντικό καταρράκτη.

8.32. Νόσοι από ακτίνες Χ, ιονίζουσες ακτινοβολίες και ραδιενεργά σώματα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παθολογικές καταστάσεις από ιονίζουσα ακτινοβολία μπορούν να προκληθούν τόσο κατά την χρονία έκθεση σε μικρές δόσεις όσο και από την απότομη έκθεση σε μεγάλες δόσεις. Ο τρόπος που επιδρά στον οργανισμό η ιονίζουσα ακτινοβολία δεν είναι ακριβώς γνωστός, το πιο πιθανό είναι ότι η βιολογική επίδραση οφείλεται στον ιονισμό των ατόμων των μορίων. Περισσότερο προσβάλλονται κύτταρα, που παρουσιάζουν έντονη πυρηνοκινησία καθώς και τα αδιαφοροποίητα. Παθήσεις που είναι δυνατόν να προκληθούν είναι δερματίτιδα και εγκαύματα, καταρράκτης, στείρωση, απλαστική αναιμία, λευχαιμία, οστεΐτιδα, κακοήθεις όγκοι.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τη νόσο που προκαλείται και τη βαρύτητά της, βλέπε αντίστοιχα Π.Α. κοινών νόσων.

8.33. Επαγγελματικός σπασμός

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από τη συνεχή επανάληψη των ιδίων κινήσεων όπως π.χ. στους δακτυλογράφους, πιανίστες κ.ά. Η επανάληψη αυτή οδηγεί στην αδυναμία της αρμονικής μυϊκής λειτουργίας, που είναι απαραίτητη για την εκτέλεση ορισμένης εργασίας και την εμφάνιση μυϊκού σπασμού, τρόμου και πόνου. Η αιτιολογία δεν είναι γνωστή αφού δεν διαπιστώνεται βλάβη του νευρομυϊκού συστήματος. Στην εκδήλωση της νόσου ενοχοποιείται και ο ψυχικός παράγων.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μυϊκός σπασμός της μιας χειρός

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 35-50% [1 χρόνο]

2ο Επίπεδο

Μυϊκός σπασμός και των δύο χειρών

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 67% [1 χρόνο]

8.34. Απόσπαση από υπερφόρτιση των ακανθωδών αποφύσεων

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρουσιάζεται σε άτομα, τα οποία εκτελούν βαρειές εργασίες ή σηκώνουν βάρη όπως π.χ. οι φορτοεκφορτωτές, οι οικοδόμοι κ.λπ.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με το βαθμό της βλάβης είναι και τα Π.Α. (βλ. κοινές παθήσεις ορθοπεδικές παθήσεις).

8.35. Επαγγελματικές πνευμονοπάθειες

Επαγγελματικά νοσήματα παρουσιάζονται με ιδιαίτερη συχνότητα στους πνεύμονες. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι μεγάλο μέρος των βλαπτικών παραγόντων αιωρείται στον αέρα και το ότι από τους πνεύμονες διέρχονται κατά τη διάρκεια του 8ώρου εργασίας περί τα 10 m^2 αέρα.

Οι βλαπτικές ουσίες εναποτίθενται στο τραχειοβρογχικό δένδρο, τα τοιχώματα των κυψελίδων και τον υπεζωκότα με αποτέλεσμα να προκαλούνται παθολογοανατομικές αλλοιώσεις, ανάλογες με το είδος και την ποσότητα της ουσίας καθώς και τον χρόνο εκθέσεως.

Πνευμονοκονιώσεις

Με τον γενικό όρο "πνευμονοκονιώσεις" εννοούμε τα νοσήματα που οφείλονται στην εισπνοή σκόνης. Ορισμένες σκόνες προκαλούν ινωτική αντίδραση στους πνεύμονες και συγκεκριμένες κλινικές οντότητες ενώ άλλες προκαλούν σκιάσεις στις ακτινογραφίες αλλά όχι συμπτώματα. Αυτές οι ουσιαστικά ακτινολογικές οντότητες αποκαλούνται καλοήθεις πνευμονοκονιώσεις και είναι ευνόητο ότι εφόσον δεν προκαλούν συμπτώματα δεν έχουν ενδιαφέρον από ασφαλιστικής πλευράς. Αντίθετα, οι ινωτικές πνευμονοκονιώσεις είναι νοσήματα με βαρειά πρόγνωση, μη αναστρέψιμα αλλά, αντίθετα, εξελισσόμενα προς το χειρότερο ακόμη και μετά τη διακοπή του επαγγέλματος. Για την εκτίμησή τους πέραν του λειτουργικού ελέγχου ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ακτινογραφία θώρακος και η τυποποίησή της κατά ILO που μας επιτρέπει να σταδιοποιούμε και να παρακολουθούμε την εξέλιξη του νοσήματος.

Ταξινόμηση των σκιάσεων της Α/ας θώρακος κατά I L O

1) Μικρές σκιάσεις

Στρογγυλές	Ακανόνιστες	Μέγεθος
p	s	μέχρι 1,5 mm
q	t	1,5-3 mm
r	u	3-10 mm

2) Πέραν του μεγέθους σημασία έχει η πυκνότητα (ιδιαίτερα για τις μικρές σκιάσεις).

Κλίμαξ των 12 σημείων

Κατηγορία	0	1	2	3
Υποδιαίρεση	0/-,0/0,0/1	1/0,1/1,1/2	2/1,2/2,2/3	3/2,3/3,3/+

3) Μεγάλες σκιάσεις
   A) Μία σκίαση 10-50 mm ή περισσότερες μεγαλύτερες των 10 mm αλλά το σύνολο των διαμέτρων μέχρι 50 mm.
   B) Μία ή περισσότερες σκιάσεις το σύνολο των οποίων είναι μικρότερο της επιφανείας του δεξιού άνω λοβού.
   C) Μία ή περισσότερες σκιάσεις το σύνολο των οποίων είναι μεγαλύτερο της επιφανείας του δεξιού άνω λοβού.

1ο Επίπεδο

Ελαφρά δύσπνοια στην κόπωση Α/α θώρακος: μικροοζώδης διάστιξη p,q,s,t/0-2. Σπιρομέτρηση: ελαφρού βαθμού μείωση σπιρομετρικών τιμών περιοριστικού κυρίως τύπου. Αέρια αίματος: ΕΦΟ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εξαρτάται από την υποκείμενη νόσο. Ωστόσο καμία πνευμονοκονίωση δεν θεραπεύεται παρά το γεγονός ότι ο ασφαλισμένος είναι ικανός προς εργασία. Κρίνεται σκόπιμη η αλλαγή θέσεως εργασίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... έως 35%

2ο Επίπεδο

Δύσπνοια στην κόπωση. Α/α θώρακος: μικροοζώδης διάστιξη p,q,s,t/3 και r,u/1-3. Σπιρομέτρηση: μετρίου βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών περιοριστικού τύπου. Αέρια αίματος: πιθανή ελαφρά υποξαιμία κυρίως οφειλόμενη στη συνυπάρχουσα χρόνια βρογχίτιδα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αλλαγή εργασίας είναι επιβεβλημένη αν και η ικανότητα προς

βιοποριστικό είναι μειωμένη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.........50-67% [2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Σοβαρή δύσπνοια, βήχας, απόχρεμψη. Α/α: μεγαλοοζώδεις σκιάσεις. Κατηγορίες A,B,C. Σπιρομέτρηση: σοβαρού βαθμού μείωση σπιρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Αέρια αίματος: υποξαιμία και πιθανόν και υπερκαπνία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο πάσχον οδεύει προς αναπνευστική ανεπάρκεια-χρόνια πνευμονική καρδία (αν δεν έχουν ήδη εγκατασταθεί). Μόνιμη ανικανότητα για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.........80% και άνω [3 χρόνια και άνω]

8.35.1. Πυριτίαση

Το πυρίτιο είναι το πλέον διαδεδομένο υλικό του φλοιού της γης. Η πυριτίαση προκαλείται από την εισπνοή κόνεως που περιέχει κρυσταλλικό διοξείδιο του πυριτίου (SiO_2). (Περιέχεται στα ορυκτά χαλαζίας (quartz), τριδυμίτης, κρυστοβαλλίτης, στισοβίτης, κοεσίτης. Ο διατομίτης περιέχει άμορφο διοξείδιο του πυριτίου αλλά όταν θερμανθεί μετατρέπεται σε κρυστοβαλλίτη). Προσβάλλει εργάτες ορυχείων, λατομείων, ανθρακωρυχείων, χυτηρίων, αμμοβολιστές, κεραμοποιούς, οικοδόμους, τροχιστές κ.ά. Προκαλείται πνευμονική ίνωση και ανάπτυξη πυριτιασικών οζιδίων. Η ανάπτυξη - εξέλιξη της νόσου συνεχίζεται και μετά τη διακοπή επαγγέλματος. Υπάρχουν τρεις μορφές της νόσου: η χρόνια, η οξεία και η κεραυνοβόλος. Οι δύο τελευταίες μορφές είναι σπάνιες, αλλά όταν εμφανισθούν η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα κακή. Η νόσος επιπλέκεται συχνά από λοιμώξεις, πνευμονική φυματίωση, νοσήματα του κολλαγόνου και πνευμοθώρακα. Η πλέον συνήθης μορφή είναι η χρόνια πυριτίαση.

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη απλή χρονία πυριτίαση

Τα πρώτα στάδια της πυριτιάσεως είναι δυνατόν να είναι ασυμπτωματικά και οι λειτουργικές δοκιμασίες στα φυσιολογικά όρια ακόμη και όταν η ακτινολογική εικόνα σημαίνει συναγερμό. Βέβαια μπορεί να υπάρχει δύσπνοια, βήχας μη παραγωγικός κυρίως τις πρωϊνές ώρες αλλά και παροξυσμικά. Η α/α θώρακος παρουσιάζει σκιάσεις 1-3 mm (p,q,s,t) πυκνότητας 1-2.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πάντοτε επιφυλακτική. Σκόπιμη η αλλαγή επαγγέλματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.........20-50%

2ο Επίπεδο

Χρονία πυριτίαση

Δύσπνοια στην κόπωση. Βήχας ενίοτε παραγωγικός. Συμπτωματολογία από τυχόν επιπλοκές. Α/α θώρακος: Σκιάσεις 3-10 mm (r,u) πυκνότητας 1-3 ή μικρότερες αλλά πυκνές: (p,q,s,t) πυκνότητας 3. Ασβεστοποίηση λεμφαδένων που εμφανίζεται στην ακτινογραφία σαν "κελύφη αυγών". Συμφύσεις του υπεζωκότα. Σπιρομέτρηση: μετρίου βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών περιοριστικού κυρίως αλλά ενδεχόμενα μικτού τύπου. Αέρια αίματος: πιθανή ελαφρά υποξαιμία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πυριτίαση μπορεί να εξελιχθεί ακόμη και μετά τη διακοπή της εργασίας. Σε περίπτωση αλλαγής επαγγέλματος αυτό θα πρέπει να είναι ελαφρό, με καθαρό περιβάλλον και μειωμένο ωράριο.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.........50-67% [2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού χρονία πυριτίαση

Δύσπνοια στην κόπωση, βήχας. Συχνές πνευμονικές λοιμώξεις. Συχνές επιπλοκές. Α/α συρρέουσες σκιάσεις, μεγαλοοζώδεις κατηγορίας A,B,C. Ασβεστοποίηση λεμφαδένων, συμφύσεις του υπεζωκότα. Σπιρομέτρηση: μετρίου-σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών περιοριστικού ή μικτού τύπου. Αέρια αίματος: Υποξαιμία.
Ο πάσχων θα πρέπει να θεωρείται ανίκανος για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα. Εάν εμφανισθούν σοβαρές επιπλοκές, όπως χρονία πνευμονική καρδία-αναπνευστική ανεπάρκεια ενδεχομένως να καταστεί απόλυτα ανάπηρος.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν υπάρχει περίπτωση βελτίωσης.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.........80% και άνω [3 έτη έως εφ'όρου ζωής]

8.35.2. Πνευμονοκονίαση των εργατών άνθρακα (CWP)

I. Ανθράκωση (CWP)

Είναι το αποτέλεσμα εισπνοής σκόνης άνθρακα και αφορά κυρίως ανθρακωρύχους αλλά και άλλους εκτεθειμένους σ'αυτό το υλικό (π.χ. ζυμωτές ελαστικού). Στη χώρα μας δεν υπάρχουν πια στην ουσία ανθρακωρυχεία, αλλά το νόσημα παρουσιάζεται κυρίως σε μετανάστες που εργάστηκαν στα ορυχεία της Κεντρικής Ευρώπης. Η ανάπτυξη της ανθρακώσεως εξαρτάται από την πυκνότητα της σκόνης και τη διάρκεια του χρόνου έκθεσης. Σε περίπτωση αμιγούς εκθέσεως η εξέλιξη του νοσήματος σταματά ή επιβραδύνεται όταν διακοπεί η έκθεση. Στα πρώτα στάδια προκαλείται μικρού βαθμού ίνωση αλλά η σκόνη καταστρέφει τους λεπτούς αεραγωγούς προκαλώντας πνευμονικό εμφύσημα. Στη συνέχεια η ίνωση προχωρεί προκαλώντας το σχηματισμό μαύρων ινωδών οζιδίων, τα οποία αυξάνονται σε μέγεθος και καταλήγουν στο σχηματισμό μεγάλων μαύρων ινωδών μαζών.

1ο Επίπεδο

Αρχομένη απλή πνευμονοκονίωση

Δύσπνοια ελαφρού βαθμού-βήχας.
Ακρόαση ΚΦ-ελάττωση του ΑΨ, πιθανότατα λόγω της αναπτύξεως πνευμονικού εμφυσήματος. Σπιρομέτρηση:ΚΦ-ελαφρές διαταραχές. Α/α θώρακος: Μικροοζώδης διάστιξη 1-3 χιλιοστά (p,q,s,t) πυκνότητας 0-2. Αέρια αίματος: ΚΦ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Θεωρείται σκόπιμη η αλλαγή εργασίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................έως 50%

2ο Επίπεδο

Προχωρημένη απλή πνευμονοκονίωση

Δύσπνοια στην κόπωση-βήχας. "Μελανόπτυση" είναι το αποτέλεσμα ρήξεως ινωτικής μάζας μέσα σε βρόγχο.
Ακρόαση: Μείωση του Α.Ψ. Ξηρός ρόγχος. Σπιρομέτρηση: Μετρίου βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών. Αέρια αίματος: ελαφρά υποξαιμία Α/α θώρακος: Σκιάσεις διαμέτρου 3 -10 χιλ. (r,u) πυκνότητας 1-3 ή μικρότερες (p,q,s,t) πυκνότητας 3. Σ'αυτό το επίπεδο κατατάσσονται και μεγαλύτερες σκιάσεις της κατηγορίας Α όχι όμως άνω των 30 χιλιοστών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν αναμένεται σε καμιά περίπτωση βελτίωση αλλά αντίθετα επιβάρυνση. Ο πάσχων είναι ικανός για ελαφρές μόνο εργασίες, με πολύ περιορισμένο ωράριο και οπωσδήποτε καθαρό περιβάλλον.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................50-67% [2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Προοδευτική μαζική ίνωση

Για να χαρακτηριστεί μία βλάβη ως προοδευτική μαζική ίνωση (PMF) πρέπει να έχει διάμετρο άνω των 30 χιλ. Δηλ. σκιάσεις κατά ILO A,B & C (όχι όμως Α που είναι κάτω των 30 χιλ.). Δύσπνοια στην κόπωση - βήχας, μελανοπτύσεις, συχνές λοιμώξεις, εξέλιξη σε χρόνια πνευμονική καρδία, αναπνευστική ανεπάρκεια. Σπιρομέτρηση: Μετρίου-σημαντικού βαθμού διαταραχές των σπιρομετρικών τιμών. Αέρια αίματος: Υποξαιμία - υπερκαπνία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Η εξέλιξη σε χρονία πνευμονική καρδία-αναπνευστική ανεπάρκεια είναι πολύ πιθανή. Θα πρέπει να θεωρείται ανίκανος για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα. Ενδεχόμενη απόλυτη αναπηρία επί σοβαρών επιπλοκών.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....................80% και άνω [3 χρόνια και άνω]

II. Σύνδρομο Caplan

Το σύνδρομο Caplan είναι τροποποιημένη μορφή πνευμονοκονιώσεως σε συνδυασμό με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συναντάται κυρίως σε ανθρακωρύχους αλλά γενικότερα και σε άλλους εργαζόμενους σε κονιορτοβριθή επαγγέλματα. Η ακτινολογική εικόνα χαρακτηρίζεται από σκιάσεις διαμέτρου περίπου 2 εκ. ακανόνιστα διατεταγμένες. Μικροοζώδεις σκιάσεις δυνατόν να υπάρχουν ή να ελλείπουν. Οσον αφορά την Ρ.Α. είναι συχνότατα οροαρνητική. Η εκ του συνδρόμου Caplan ανικανότητα είναι το άθροισμα της ανικανότητας εκ της πνευμονοκονιώσεως και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και κυμαίνεται ανάλογα με τα κλινικά, εργαστηριακά και λειτουργικά ευρήματα από 50-80%

8.35.3. Αμιάντωση

Με τον γενικό όρο "αμίαντος" εννοούμε ορισμένα ινώδη πυριτιούχα ορυκτά που χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες:

την ομάδα του σερπεντίνη και την ομάδα των αμφιβόλων. Ο κύριος εκπρόσωπος της πρώτης ομάδας είναι ο χρυσοκέραμος ή λευκός αμίαντος ενώ στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται ο ακτινόλιθος, ο τρεμόλιθος, ο ανθοφυλλίτης, ο αμοσίτης (καφέ αμίαντος) και ο κροκιδόλιθος (μπλε αμίαντος). Η εισπνοή ινών αμιάντου προκαλεί τις παρακάτω ξεχωριστές κλινικές οντότητες: 1. Αμιάντωση - ίνωση του υπεζωκότος. 2. Καλοήθεις παχυπλευριτικές πλάκες. 3. Βρογχογενές καρκίνωμα. 4. Κακόηθες μεσοθηλίωμα (βλ. κεφάλαιο επαγγελματικού καρκίνου). Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι Αγγλοσαξωνικοί όροι Asbestos-Asbestosis αντιστοιχούν προς του όρους Αμίαντος-Αμιάντωση και δεν έχουν σχέση με τον ελληνικό όρο "άσβεστος" που είναι το υδροξείδιο του ασβεστίου.

Η αμιάντωση είναι μια διάχυτος, διάμεσος ίνωση και είναι ένα δοσο-εξαρτώμενο νόσημα. Συνήθως αρχίζει από τους κάτω πνευμονικούς λοβούς. Ο σπλαγχνικός υπεζωκότας παχύνεται και δημιουργούνται συμφύσεις. Συχνά βρίσκονται βρογχεκτασίες ενώ η ανάπτυξη εμφυσήματος είναι ασυνήθης. Η τυπική παθολογοανατομική εικόνα είναι της ινωδοποιού κυψελιδίτιδας με προοδευτική απόφραξη των αεραγωγών. Ασβεστωσικά (αμιαντωσικά) σωμάτια ανευρίσκονται στις περιοχές της ινώσεως και τα πτύελα. Θα πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι η ύπαρξη αμιαντωσικών σωματίων σημαίνει έκθεση σε αμίαντο αλλά όχι υποχρεωτικά αμιάντωση. Παχυπλευριτικές πλάκες - πάχυνση του υπεζωκότα ανευρίσκονται συχνά σε εκτεθειμένους σε αμίαντο αλλά και άλλα ινώδη ορυκτά. Είναι υπερυψωμένες περιοχές που περιέχουν κολλαγόνες ίνες και τείνουν να ασβεστοποιούνται. Βρίσκονται συνήθως στο τοιχωματικό πέταλο του υπεζωκότα. Η παρουσία τους σημαίνει έκθεση σε αμίαντο ή άλλα ινώδη ορυκτά και συχνά συναντώνται ενδημικά σε ορισμένες περιοχές. Διάχυτη πάχυνση του υπεζωκότα δυνατόν να συμβεί. Και οι δύο καταστάσεις δημιουργούν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα καθώς οι ακτινολογικές εικόνες θυμίζουν πολύ φυματίωση ή όγκο του υπεζωκότα. Κατά κανόνα πάντως είναι ασυμπτωματικές. Ενδεχόμενος πόνος ή δύσπνοια μπορεί να εμφανισθούν ενώ δεν είναι σπάνιες οι μικροαιμοπτύσεις.

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη αμιάντωση

Δύσπνοια προοδευτικά αυξανόμενη. Βήχας, δυσχέρεια του ασθενή να πάρει βαθειά αναπνοή. Ακρόαση: Τρίζοντες στις βάσεις. Α/α θώρακος: Σε αντίθεση με την πυριτίαση, τα ακτινολογικά ευρήματα είναι συνήθως λιγότερα από τα συμπτώματα και τα κλινικά και λειτουργικά ευρήματα. Η εικόνα είναι της διαχύτου, διαμέσου ινώσεως κυρίως στα κάτω πνευμονικά πεδία (s,t,u, πυκνότητας 1-2). Συχνά βρίσκονται παχυπλευριτικές πλάκες σαν από παλιά φυματίωση. Σπιρομέτρηση: Μετρίου βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Ελάττωση της διατασιμότητας. Αέρια αίματος: Υποξαιμία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι η σοβαρότερη από τις πνευμονοκονιώσεις. Η εξέλιξη συνεχίζεται και μετά τη διακοπή της εργασίας. Συνιστάται αλλαγή επαγγέλματος.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........50%

2ο Επίπεδο

Αμιάντωση

Δύσπνοια στην κόπωση. Βήχας - θωρακικός πόνος. Ακρόαση: Τρίζοντες στις βάσεις. Μείωση του Α.Ψ. Ξηρός διάσπαρτος ρόγχος. Α/α: Οι σκιάσεις επεκτείνονται σε όλα τα πνευμονικά πεδία και είναι πυκνότερες (s,t,u/3). Πιθανές παχυπλευριτικές αλλοιώσεις. Σπιρομέτρηση: Μετρίου προς σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών. Ελάττωση της διατασιμότητας. Αέρια αίματος: Υποξαιμία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιβεβλημένη η αλλαγή επαγγέλματος

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........67% [2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

Προχωρημένη αμιάντωση

Σοβαρή δύσπνοια στην κόπωση. Βήχας - θωρακικός πόνος - πληκτροδακτυλία. Ακρ.: Μείωση Α.Ψ. Ξηροί ρόγχοι άμφω. Τρίζοντες στις βάσεις. Α/α: Πυκνές σκιάσεις (s,t,u/3). Κυστική διαμόρφωση (μελικηρήθρα) αλλά οι χώροι είναι μικροί (έως 5 mm). Πιθανές παχυπλευριτικές αλλοιώσεις. Σπιρομέτρηση: Σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Σοβαρή ελάττωση της διατασιμότητας. Αέρια αίματος: Υποξαιμία - υπερκαπνία.

➤ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..........80% και άνω [3 χρόνια-εφ'όρου ζωής]

8.35.4. Βυσσίνωση

Η βυσσίνωση (από το "βύσσος") είναι ένα νόσημα που αφορά εργαζόμενους σε υφαντήρια και οφείλεται στην εισπνοή σκόνης βαμβακιού, λιναριού και καναβιού. Στις ίδιες ουσίες οφείλονται και ορισμένα οξέα σύνδρομα τα οποία εμφανίζονται συνήθως στις πρώτες επαφές ενώ η βυσσίνωση εμφανίζεται μετά από μακρά έκθεση. Τα συμπτώματα της νόσου εμφανίζονται εντονότερα την πρώτη ημέρα της εβδομάδας εργασίας (Δευτέρα) ενώ στη συνέχεια της εβδομάδας υποχωρούν ανάλογα με τη βαρύτητα της καταστάσεως.

1ο Επίπεδο

Βυσσίνωση σταδίων G1/2 και G1

G1/2: περιστασιακό αίσθημα συσφίγξεως στο θώρακα κάποιες Δευτέρες. G1: Αίσθημα συσφίγξεως - δύσπνοια κάθε Δευτέρα. Ακρόαση: Ακροαστικά ευρήματα βρογχικού άσθματος κάθε Δευτέρα τα οποία υποχωρούν τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας. Σπιρομέτρηση: Ελαφρού έως μέτριου βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών αποφρακτικού τύπου (μείωση του FEF 25-75 κ.λπ.) μόνο τις Δευτέρες. Τις άλλες ημέρες Κ.Φ. Αέρια αίματος: Κ.Φ. Α/α: Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόκειται για ένα αρχόμενο επαγγελματικό άσθμα. Συνιστάται η αλλαγή "θέσεως" εργασίας για να προληφθεί η εξέλιξη σε περαιτέρω βαρύτερα στάδια.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-20%

2ο Επίπεδο

Βυσσίνωση σταδίου G2

G2: Δύσπνοια - βήχας κάθε Δευτέρα (ή την πρώτη ημέρα της εβδομάδας εργασίας) που επεκτείνεται και σε άλλες μέρες. Σάββατο - Κυριακή χωρίς συμπτώματα. Ακρόαση: Ακροαστικά ευρήματα βρογχικού άσθματος κάθε Δευτέρα που διαρκούν ενδεχομένως ως την Παρασκευή. Σάββατο και Κυριακή Κ.Φ. Σπιρομέτρηση: Μετρίου - σημαντικού βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών κάθε Δευτέρα που προοδευτικά βελτιώνεται τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας. Σάββατο - Κυριακή Κ.Φ. Α/α θώρακος: Κ.Φ. Αέρια αίματος: Κ.Φ.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σκόπιμη και ίσως επιβεβλημένη η αλλαγή εργασίας. Η καπνιστική συνήθεια θα πρέπει να διακοπεί οπωσδήποτε, άλλως η εξέλιξη σε στάδιο G3 είναι αναπόφευκτη.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 30-40% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Βυσσίνωση σταδίου G3

G3: Δύσπνοια - βήχας ή ενδεχομένως απόχρεμψη μόνιμα. Ακρόαση: Ακροαστικά ευρήματα μόνιμης βρογχοστένωσης (με εξάρσεις και υφέσεις). Σπιρομέτρηση: Μόνιμη μείωση των σπιρομετρικών τιμών αποφρακτικού τύπου. Αέρια αίματος: Υποξαιμία. Α/α: Κ.Φ. επίταση της βρογχαγγειακής σκιαγραφήσεως.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θετική ομοσχέτιση με το κάπνισμα είναι τέτοια που δεν ξέρουμε αν πρόκειται για ιδιαίτερη οντότητα ή συνδυασμό σταδίου G2- χρονίας βρογχίτιδας. Επιβάλλονται η αλλαγή επαγγέλματος και η διακοπή καπνίσματος.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ .... 50-67% [2 χρόνια]

8.35.5. Επαγγελματικό βρογχικό άσθμα

Σαν "επαγγελματικό" χαρακτηρίζεται το άσθμα ο εκλυτικός παράγων του οποίου βρίσκεται στο χώρο εργασίας. Εχουν ενοχοποιηθεί περισσότερες από 200 ουσίες στον επαγγελματικό χώρο για την πρόκληση ασθματικών κρίσεων. Η ακριβής επίπτωση του ΕΒΑ δεν είναι γνωστή αλλά υποθέτουν ότι είναι υψηλή. Για παράδειγμα από τους νεοεισερχόμενους στην παραγωγή πλατίνης το ένα τρίτο αποχωρεί μέσα σε 18 μήνες λόγω εμφανίσεως άσθματος. Το ίδιο περίπου ισχύει γι αυτούς που χρησιμοποιούν κολοφώνιο στη βιομηχανία ηλεκτρονικών. Στα εργαστήρια που χρησιμοποιούνται πειραματόζωα 5-10% των εργαζομένων αναπτύσσουν άσθμα.

Υπάρχει πάντα ένα διάστημα ανάμεσα στην πρώτη έκθεση σε κάποιον παράγοντα και στην ανάπτυξη συμπτωμάτων το οποίο ποικίλλει από εβδομάδες έως έτη.

Τα συμπτώματα της προσβολής (εφόσον έχει εγκατασταθεί το ΕΒΑ) αναπτύσσονται είτε εντός λεπτών (άμεσος τύπος) είτε εντός ωρών μετά την έκθεση και ενδεχομένως αφού ο πάσχων έχει φύγει από τον εργασιακό χώρο (επιβραδυνόμενος τύπος).

Στον άμεσο τύπο συνήθως η προσβολή αρχίζει μετά 10-20 λεπτά και διαρκεί 2 ώρες. Στον επιβραδυνόμενο αρχίζει μετά 4-8 ώρες και διαρκεί συνήθως 24-72 ώρες. Υπάρχουν ενδιάμεσοι τρόποι αντίδρασης και επίσης υπάρχει περίπτωση η έναρξη προσβολής να είναι άμεση και να διαρκεί μεγάλο διάστημα.

Ανάλογα με τον τύπο η συμπτωματολογία αλλά και τα ευρήματα του λειτουργικού ελέγχου των πνευμόνων αποκτούν κάποιο "ωράριο". 1) Εάν η αντίδραση είναι άμεση και διαρκεί μικρό διάστημα τότε καθημερινά θα υπάρχουν συμπτώματα που θα αρχίζουν στο χώρο της δουλειάς ενώ το Σαββατοκύριακο ο ασφαλισμένος θα είναι χωρίς πρόβλημα. 2) Εάν η προσβολή διαρκεί 1-2 ημέρες τότε έχουμε σταδιακή επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας με την Κυριακή να είναι η "καλύτερη" ημέρα για τον πάσχοντα. 3) Εαν η προσβολή διαρκεί τρεις ημέρες τότε έχουμε σταδιακή επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Το Σαββατοκύριακο δεν είναι ελεύθερο συμπτωμάτων. Εάν η αντίδραση εμφανίζεται με σχετική καθυστέρηση η "καλύτερη" ημέρα της εβδομάδας είναι η Δευτέρα. 4) Εαν η διάρκεια της προσβολής διαρκεί πέραν των 3 ημερών τότε έχουμε μια σταδιακή επιβάρυνση μέχρις ότου φτάσουμε σε μια σταθερή (με συμπτώματα, κλινικά ευρήματα και επιβαρημένο λειτουργικό έλεγχο) κατάσταση. Εαν διακοπεί το επάγγελμα η βελτίωση αρχίζει μετά την πρώτη εβδομάδα και η πλήρης αποκατάσταση επέρχεται μετά τρεις περίπου μήνες. 5) Στη βυσσίνωση και τον "πυρετό εξ υγραντού ατμόσφαιρας" τα συμπτώματα είναι εντονότερα την πρώτη ημέρα της εβδομάδας και βελτιώνονται κατά τη διάρκειά της (πυρετός της Δευτέρας).

Για τη διάγνωση του ΕΒΑ εκτός των άλλων δοκιμασιών ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η ανά δίωρο επί δύο εβδομάδες μέτρηση της μεγίστης εκπνευστικής ροής (PEFR) που γίνεται από τον ίδιο τον άρρωστο με ένα απλό ροόμετρο (peak flowmeter). Δυστυχώς μια τέτοια μέθοδος απαιτεί συνεργασία του γιατρού με τον εξεταζόμενο και εμπιστοσύνη ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ασφαλιστικό οργανισμό.

Οι κυριότεροι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση άσθματος στον επαγγελματικό χώρο είναι:

- *Βιολογικοί παράγοντες*: Ενζυμα, Κολοφώνιο, Πρωτεΐνες ούρων μικρών ζώων (ποντίκια, ινδικά χοιρίδια), Σπόροι και άλευρα, Σκόνη ξύλου (πριονίδι από κοκκινόκεδρο, ιρόκο), Φάρμακα (κεφαλοσπορίνες, πενικιλλίνη κ.λπ.), Εντομα (ακρίδες, κατσαρίδες κ.λπ.).
- *Χημικοί παράγοντες*: Τολουένιο, Εξαμεθυλένιο, Ναφθαλίνη, Διφενυλμεθάνιο, Αλατα λευκόχρυσου (πλατίνας), Ανυδρίτες οξέων, Εποξεικές ρητίνες, Φορμαλδεΰδη.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το γεγονός ότι ο παράγων που προκαλεί ασθματικές κρίσεις βρίσκεται στο χώρο εργασίας, καθιστά τον πάσχοντα ακατάλληλο για το επάγγελμά του. Υπό την προϋπόθεση της αλλαγής εργασίας ή έστω θέσεως εργασίας, ισχύουν για τον πάσχοντα όσα αναφέρονται στο κεφ. των πνευμονικών παθήσεων περί άσθματος. Υπάρχει δηλαδή η πιθανότητα το ποσοστό αναπηρίας του ασφαλισμένου να είναι 80% για το επάγγελμά του και μηδέν (0) για οποιοδήποτε άλλο.

8.35.6. Επαγγελματικός καρκίνος

Στον επαγγελματικό χώρο υπάρχουν πολλές ουσίες ή επιδράσεις ύποπτες για καρκινογόνο δράση. Θεωρείται ότι 15% του συνόλου των καρκίνων για τους άνδρες και 5% για τις γυναίκες είναι επαγγελματικής αιτιολογίας. Δεδομένου ότι οι πνεύμονες και το δέρμα είναι τα πλέον εκτεθειμένα όργανα στις επιδράσεις του περιβάλλοντος, η αναλογία του επαγγελματικού καρκίνου σε αυτά τα όργανα θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη.

Φυσικές ή χημικές επιδράσεις εκ του περιβάλλοντος, στα ακάλυπτα ιδίως μέρη του σώματος, είναι δυνατόν να επιφέρουν αλλοιώσεις δέρματος που κλινικώς και ιστολογικώς να ανήκουν στις καρκινικές καταστάσεις (διαφόρου τύπου, εκτάσεως και προγνώσεως και αναλόγου με αυτά ασφαλιστικής σκέψεως και κρίσεως).

Ορισμένες από τις ουσίες του επαγγελματικού περιβάλλοντος θεωρούνται ότι έχουν πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με το κάπνισμα.

Για τον αμίαντο, το αρσενικό, τους χλωρομεθυλαιθέρες και τα ραδιενεργά στοιχεία, η σχέση θεωρείται αποδεδειγμένη. Αδιάσειστες αποδείξεις για τη σχέση ενός καρκίνου με το επάγγελμα δεν είναι δυνατόν να υπάρξουν. Η εμφάνιση ωστόσο ενός καρκίνου σε νεότερη ηλικία από τη συνήθη, σε συνδυασμό με την παρουσία ενός βέβαιου καρκινογόνου στο χώρο εργασίας, είναι ισχυρές ενδείξεις τις οποίες οι επιτροπές επαγγελματικών νοσημάτων θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη.

ΑΜΙΑΝΤΟΣ

Αναμφισβήτητα η έκθεση στον αμίαντο μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνου πνεύμονος και μεσοθηλιώματος. Ειδικά για το δεύτερο, η επαγγελματική έκθεση σε αμίαντο βρίσκεται στο 80% των περιπτώσεων. Θεωρείται ότι οι μισοί από αυτούς που έχουν αμιάντωση θα πεθάνουν από καρκίνο πνεύμονος. Ο κίνδυνος είναι ανάλογος του βαθμού εκθέσεως, του τρόπου εκθέσεως και του είδους του αμιάντου, ενώ αυξάνει πολλαπλασιαστικά σε συνδυασμό με το κάπνισμα.

ΑΡΣΕΝΙΚΟ

Εχει διαπιστωθεί σαφής σχέση μεταξύ της δόσεως και του καρκίνου του πνεύμονος κατά την επαγγελματική έκθεση. Εχει πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με το κάπνισμα. Ολοι οι ιστολογικοί τύποι καρκίνου πνεύμονος μπορούν να παρατηρηθούν ιδιαίτερα όμως το εκ πλακωδών επιθηλίων.

ΝΙΚΕΛΙΟ

Ο καρκίνος πνεύμονος αλλά και των παραρρινίων που προκαλείται από την εισπνοή νικελίου είναι γνωστός από παλιά.

ΧΡΩΜΙΟ

Αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονος έχει παρατηρηθεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε χρώμιο ενώ παρουσιάζεται θετική ομοσχέτιση του βαθμού εκθέσεως με τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο πνεύμονος. Καρκινογόνες ιδιότητες θεωρείται ότι έχει το εξασθενές χρώμιο.

ΒΕΝΖΟΠΥΡΕΝΙΟ

Αυξημένες συγκεντρώσεις βενζοπυρενίου βρίσκονται κυρίως σε διυλιστήρια παραγωγή πίσσας, ασφαλτοστρώσεις, σταθμούς αυτοκινήτων. Θεωρείται βέβαιο καρκινογόνο.

ΧΛΩΡΟΜΕΘΥΛΑΙΘΕΡΕΣ

Χρησιμοποιούνται ευρέως στη χημική βιομηχανία. Εχουν πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με το κάπνισμα.

8.35.7. Επαγγελματική χρόνια βρογχίτιδα - εμφύσημα

Είναι γνωστό ότι η έκθεση σε κονιορτοβριθές περιβάλλον, μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη χρόνιας βρογχίτιδας - εμφυσήματος. Το αποτέλεσμα είναι ανάλογο του βαθμού εκθέσεως, του είδους της σκόνης και του μεγέθους των σωματιδίων: περισσότερο επικίνδυνα είναι σωματίδια μικρότερα των 10 μ. Εχει διαπιστωθεί ότι η επαγγελματική χρόνια βρογχίτιδα (ΕΧΒ) παρουσιάζεται συχνότερα σε εργάτες 25-45 ετών. Δεν υπάρχουν σαφείς διαφορές με την κοινή χρόνια βρογχίτιδα πλήν του ότι οι βλάβες στην ΕΧΒ εντοπίζονται κυρίως στους μεγάλους αεραγωγούς, ενώ στην απλή ΧΒ στους μικρούς (αυτό μπορεί κάπως να διευκρινισθεί με ορισμένες λειτουργικές εξετάσεις, όπως π.χ. ο ενεργός χρόνος-teff-teff tc) και επομένως είναι δύσκολο να αποφανθούμε σε περιπτώσεις καπνιστών που εργάζονται σε κονιορτοβριθές περιβάλλον για το αν το νόσημά τους οφείλεται στο επάγγελμα ή το κάπνισμα. (Για τη σταδιοποίηση και το Π.Α. ίδε κεφ. χρονία αποφρακτική πνευμονοπάθεια).

8.36. Αλλεργικές δερματίτιδες εξ επαφής (επαγγελματικές)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διαταραχές και αλλοιώσεις του δέρματος, λόγω αλλεργικής - ανοσολογικής αντιδράσεως, με τον μηχανισμό αντιγόνου αντισώματος με ουσίες ευρισκόμενες στα εργασιακά υλικά του πάσχοντος (αποδεδειγμένα βάσει χημικής συστάσεως του υλικού) και με τα οποία υλικά αποδεδειγμένα (βάσει εκθέσεως ελέγχου της υπηρεσίας) έρχεται σε επαφή ο ασφαλισμένος. Εχουν την κλινική εικόνα των λοιπών δερματίτιδων και έκταση ανάλογη με την αλλεργική ευαισθησία του πάσχοντος σε ένα ή περισσότερα υλικά (ουσίες αυτών) και δύνανται να επεκταθούν και σε περιοχές του σώματος που δεν έρχονται σε άμεση επαφή με τις ουσίες που ενοχοποιούνται. Για τον χαρακτηρισμό επαγγελματικής δερματίτιδας ως αλλεργικής, προϋπόθεση είναι η θετικότητα με μία ή περισσότερες ουσίες υλικών της εργασίας του στα γενόμενα από ειδική δερματολογική μονάδα με ειδικό τρόπο επιδερμικά tests (patch-tests) σε 24, 48, 72 ώρες ανάλογα. Η απάντηση αυτών, ο βαθμός αντιδράσεως, ο χρόνος αντιδράσεως και ο αριθμός των ουσιών που τις παρουσιάζουν, σε συνδυασμό με την έκταση, τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας, τη δυσχρησία των πασχουσών περιοχών, τις γενόμενες θεραπείες και τις υποτροπές, ως και το εν γένει προδιαθεσικό ή ατοπικά επηρεασμένο ιστορικό, είναι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στην ιατροασφαλιστική σκέψη και κρίση μιας εκάστης περιπτώσεως.

Στις αλλεργικές δερματίτιδες επαγγελματικής φύσεως η παραμονή αντισωμάτων συνεχίζεται και μετά την αποχή από το αντιγόνο-ουσία και η υποτροπή αυτών θεωρείται δεδομένη (αναλόγου βαθμού βέβαια, σύμφωνα με τους ανωτέρω παράγοντες) με την εκ νέου απασχόληση στην ίδια εργασία.

Γι' αυτό οι πάσχοντες και οι εργασιακές, υγειονομικές και ασφαλιστικές υπηρεσίες πρέπει να προσανατολίζονται και να μεριμνούν για την αλλαγή εργασίας του ασφαλισμένου με τα πρώτα αξιόλογα δείγματα, κλινικά και εργαστηριακά (patch-tests), εμφανίσεως αλλεργικής επαγγελματικής δερματίτιδας, προϋπόθεση και οδός για την ίαση αυτού, επειδή θα οδηγηθεί βαθμηδόν σε συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας ή αρκετά συχνές και μεγάλες εργασιακές αποχές με αναρρωτικές άδειες.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρή έκταση εξανθήματος, χωρίς έντονες αλλοιώσεις δέρματος, χωρίς αξιόλογη δυσχρησία των περιοχών εντοπίσεως, με μία έως δύο ουσίες με θετική αντίδραση στα patch tests, όχι έντονη, και σε μεγαλύτερο χρόνο εμφανίσεως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Υποχωρούν εύκολα με συνήθη θεραπεία και ανάλογη αποχή από την εργασία. Υποτροπή με την επανάληψη της εργασίας, του ιδίου περίπου βαθμού.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........5-15% [1/2-2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Μέτρια έκταση εξανθήματος σε περισσότερες περιοχές του σώματος με εντονότερες αλλοιώσεις δέρματος και συχνές υποτροπές και θεραπείες, χωρίς ακόμη αξιόλογη ή μόνιμη δυσχρησία των περιοχών εντοπίσεως με εντονότερη και αμεσότερη θετικότητα δύο ή τριών ουσιών υλικών εργασίας.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Υποχωρούν δυσκολότερα με εντονότερη θεραπεία και με μεγαλύτερη αποχή από την εργασία. Σίγουρη υποτροπή στον ίδιο ή μεγαλύτερο βαθμό με την επανάληψη της εργασίας του. Συνιστάται μόνιμη αλλαγή της εργασίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........20-30% [3-6 μήνες]

3ο Επίπεδο

Μεγάλη έκταση εξανθήματος σε πολλές περιοχές του σώματος με έντονες και δύσκολα ή καθόλου αναστρέψιμες βλάβες του δέρματος, με μέτριο ή μεγάλο βαθμό δυσχρησίας των περιοχών εντοπίσεως, με συχνές και έντονες υποτροπές και θεραπείες χωρίς αξιόλογα αποτελέσματα. Εντονη και άμεση θετικότητα 2-3 ουσιών στα patch tests. Ενίοτε γενίκευση του εξανθήματος με τις ανάλογες επιπλέον διαταραχές λειτουργιών του δέρματος (εφίδρωσης, θερμορύθμισης, αδήλου διαπνοής, προστασίας οργανισμού).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Υποχωρούν δύσκολα και σπάνια αξιόλογα με έντονες και μακρές θεραπείες και αποχές από την εργασία. Σίγουρη η έντονη και άμεση σχεδόν υποτροπή με την επανάληψη της εργασίας του. Επιβάλλεται μόνιμη αλλαγή εργασίας. Θα οδηγηθεί βαθμηδόν, αν συνεχίσει, σε μόνιμη αναπηρία.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ........35-67% [6 μήνες έως 2 χρόνια]

8.37. Ερεθιστικές δερματίτιδες εξ επαφής

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διαταραχές και αλλοιώσεις του δέρματος, λόγω αμέσου επαφής και ερεθιστικής - χημικής - τοξικής επιδράσεως υλικών ή ουσιών που αποδεδειγμένα υπάρχουν (βάσει εκθέσεως ελέγχου της υπηρεσίας) στο αντικείμενο της εργασίας του πάσχοντος και με τις οποίες, αποδεδειγμένα επίσης, έρχεται σε άμεση επαφή το δέρμα του. Εχουν την κλινική και ιστολογική εικόνα των λοιπών δερματιτίδων με διάφορη βαρύτητα και έκταση, επιμόλυνση ή όχι και αναστρέψιμη ή μη πρόγνωση. Παρουσιάζονται κατά κανόνα στα ακάλυπτα μέρη του σώματος και η χρονιότητά τους και οι υποτροπές τους προλαμβάνονται δια καταλλήλου προστασίας των περιοχών αυτών (ρούχα, γάντια κ.λπ.). Οι πάσχοντες δεν παρουσιάζουν θετικά επιδερμιδικά tests. Η βαρύτητα εξαρτάται από τον χρόνο συνεχούς επαφής και την ερεθιστικότητα - τοξικότητα των υλικών εργασίας. Η πρόγνωση εξαρτάται από την κλινική εικόνα και τις αλλοιώσεις του δέρματος (αναστρέψιμες εύκολα, δύσκολα ή καθόλου με κατάλληλες ειδικές θεραπείες). Δερματοπάθειες της νεαράς έως μέσης ηλικίας, παρουσιάζονται και στα δύο φύλα με μεγαλύτερη συχνότητα και βαρύ-

τητα στους άνδρες και αφορούν πληθώρα επαγγελμάτων με οικοδομικά, χημικά, βιομηχανικά κ.λπ. υλικά - ουσίες.

Από το 2ο επίπεδο βαρύτητας και άνω οι πάσχοντες ως και οι εργασιακές, υγειονομικές και ασφαλιστικές υπηρεσίες, πρέπει να προσανατολίζονται και να μεριμνούν για αλλαγή θέσεως εργασίας του ασφαλισμένου για την πλήρη αποκατάσταση αυτού, για να μην οδηγηθεί βαθμηδόν σε συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας ή έστω σε συχνές μεγάλες εργασιακές αποχές υπό μορφή αναρρωτικών αδειών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρή έκταση εξανθήματος, κυρίως στις άκρες χείρες, ή και κάτω άκρα, με ελαφρές έως μέτριες αλλοιώσεις δέρματος, χωρίς αξιόλογη δυσχρησία των περιοχών εντοπίσεως και χωρίς στοιχεία χρονιότητας ή πολλών υποτροπών εισέτι.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ καλή. Υποχωρεί σχετικά εύκολα με την κατάλληλη αγωγή και την προσωρινή σύντομη απομάκρυνση από την ερεθιστική ουσία. Προλαμβάνεται η υποτροπή με κατάλληλη προστασία των εκτεθειμένων περιοχών του σώματος. Η ηλικία δεν παίζει ρόλο. Το επάγγελμα ναι, ανάλογα με τον χρόνο υποχρεωτικής επαφής και την ερεθιστικότητα-τοξικότητα της ουσίας.

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.. 5-10% [1/2 - 1 μήνα]

2ο Επίπεδο

Μεγαλύτερη έκταση του εξανθήματος σε περισσότερες περιοχές και με εντονότερες κλινικές αλλοιώσεις μετά μετρίου βαθμού δυσχρησίας αυτών και με αρκετές υποτροπές και αποχές από την εργασία (άδειες) σε ολιγόχρονο επαφή με τα υλικά εργασίας.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λιγότερο καλή. Μεγαλύτερης διαρκείας και εντονότερη η απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή. Προσανατολισμός και ενημέρωση για αλλαγή πόστου εργασίας και πολύ ολιγότερη επαφή με τα ενοχοποιούμενα υλικά ή καθόλου (ακόμη καλύτερα).

➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.. 15-25% [1-3 μήνες]

3ο Επίπεδο

Μεγάλη έκταση του εξανθήματος σε πολλές περιοχές και έντονες κλινικές αλλοιώσεις μετά μεγάλου βαθμού δυσχρησίας αυτών και με αρκετές υποτροπές σε σύντομη επαφή με τα υλικά εργασίας. Ελάχιστα ή καθόλου αναστρέψιμες βλάβες δέρματος λόγω χρονιότητας και πολλών υποτροπών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οχι καλή αν συνεχιστεί η ίδια εργασία. Μερική αποκατάσταση των βλαβών παρά τις θεραπείες και τις αποχές από την εργασία. Επιβεβλημένη η αλλαγή θέσεως εργασίας για αποφυγή επαφής των ενόχων ουσιών ως και άλλων ερεθιστικών τοιούτων.

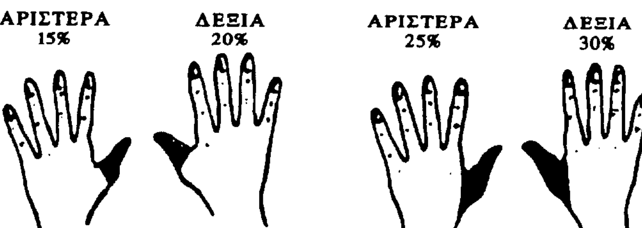
➢ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.. 30-50% [6 μήνες - 1 χρόνο]

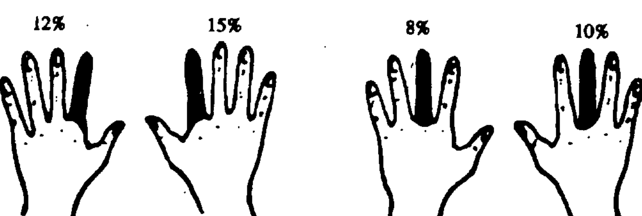
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

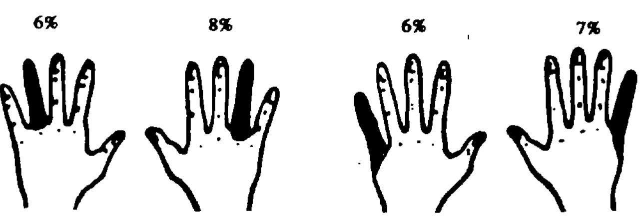
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΠΙ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΑΣ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΑΥΤΗΣ

	Δεξ.	Αρ.
Απώλεια της χειρός ή αχρηστία αυτής	65%	52%
Απώλεια του αντίχειρος μετά του συστοίχου μετακαρπίου	30%	25%
Απώλεια του αντίχειρος άνευ του συστοίχου μετακαρπίου	20%	15%
Απώλεια του δείκτου	15%	12%
Απώλεια του μέσου	10%	8%
Απώλεια του παραμέσου	8%	6%
Απώλεια του μικρού	7%	6%

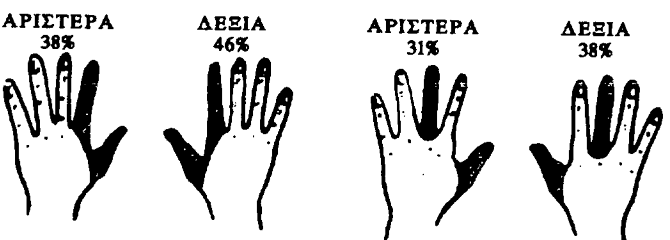


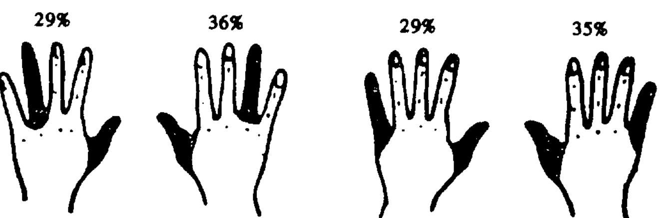


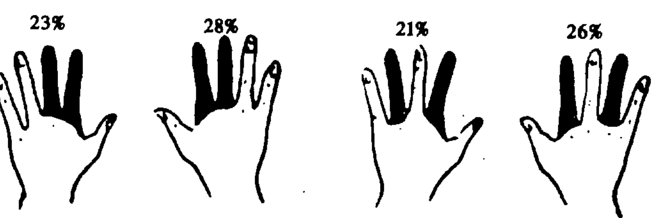


Α. Απώλεια δύο δακτύλων

	Δεξ.	Αρ.
Αντίχειρος και δείκτου μετά των συστοίχων μετακαρπίων	46%	38%
Αντίχειρος και δείκτου άνευ απωλείας των συστοίχων μετακαρπίων	44%	36%
Αντίχειρος και μέσου	38%	31%
Αντίχειρος και παραμέσου	36%	29%
Αντίχειρος και μικρού	35%	29%
Δείκτου και μέσου	28%	23%
Δείκτου και παραμέσου	26%	21%
Δείκτου και μικρού	25%	21%
Μέσου και παραμέσου	20%	16%
Μέσου και μικρού	19%	16%
Παραμέσου και μικρού	17%	14%





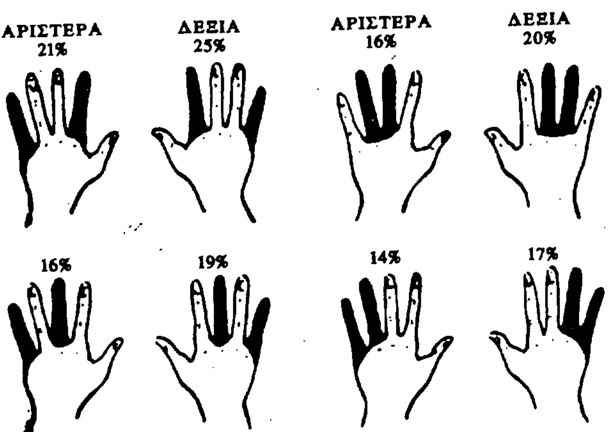


ΑΡΙΣΤΕΡΑ 45% ΔΕΞΙΑ 55% ΑΡΙΣΤΕΡΑ 43% ΔΕΞΙΑ 53%

30% 37% 28% 34%

Β. Απώλεια τριών δακτύλων

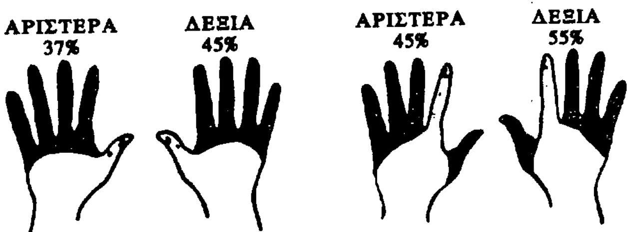
	Δεξ.	Αρ.
Αντίχειρος - δείκτου - μέσου	55%	45%
Αντίχειρος - δείκτου - παραμέσου	53%	43%
Αντίχειρος - δείκτου - μικρού	52%	43%
Αντίχειρος - μέσου - παραμέσου	47%	38%
Αντίχειρος - μέσου - μικρού	46%	38%
Αντίχειρος - παραμέσου - μικρού	44%	36%
Δείκτου - μέσου - παραμέσου	37%	30%
Δείκτου - μέσου - μικρού	36%	30%
Δείκτου - παραμέσου - μικρού	34%	28%
Μέσου - παραμέσου - μικρού	28%	23%



Β. Απώλεια τριών δακτύλων

Γ. Απώλεια τεσσάρων δακτύλων

	Δεξ.	Αρ.
Αντίχειρος - δείκτου - μέσου - παραμέσου	64%	52%
Αντίχειρος - δείκτου - μέσου - μικρού	63%	52%
Αντίχειρος - δείκτου - παραμέσου - μικρού	61%	50%
Αντίχειρος - μέσου - παραμέσου - μικρού	55%	45%
Δείκτου - μέσου - παραμέσου - μικρού	45%	37%



Δ. Απώλεια πάντων των δακτύλων της χειρός 65% 52%

ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΟΣ ΕΠΙ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΦΑΛΑΓΓΩΝ

	Δεξ.	Αρ.
Απώλεια του ημίσεος της ονυχοφόρου φάλαγγος του αντίχειρος	10%	7%
Απώλεια ολοκλήρου της ονυχοφόρου φάλαγγος του αντίχειρος	15%	12%
Απώλεια ολοκλήρου της ονυχοφόρου φάλαγγος του δείκτου	5%	4%
Απώλεια ολοκλήρου της ονυχοφόρου φάλαγγος του μέσου	3%	2%
Απώλεια ολοκλήρου της ονυχοφόρου φάλαγγος του παραμέσου	3%	2%
Απώλεια ολοκλήρου της ονυχοφόρου φάλαγγος του μικρού	2%	2%
Απώλεια ονυχοφόρου και της κεφαλής της 1ης φάλαγγος του αντίχειρος	15%	12%
Απώλεια δύο φαλάγγων του δείκτου	10%	7%
Απώλεια δύο φαλάγγων του μέσου δακτύλου	7%	6%
Απώλεια δύο φαλάγγων του παραμέσου δακτύλου	5%	4%
Απώλεια δύο φαλάγγων του μικρού δακτύλου	5%	4%

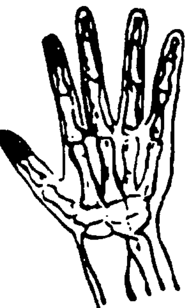
Απώλεια δακτυλικών φαλάγγων

Α. Επί δύο δακτύλων

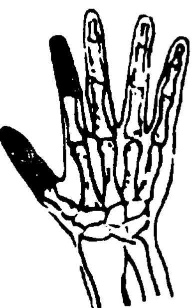
Αντίχειρος και δείκτου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ονυχοφόρου του δείκτου	23%	19%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και δύο φαλάγγων του δείκτου	29%	23%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ολοκλήρου του δείκτου	34%	28%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και ονυχοφόρου φάλαγγος του δείκτου	33%	27%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και δύο φαλάγγων του δείκτου	39%	31%



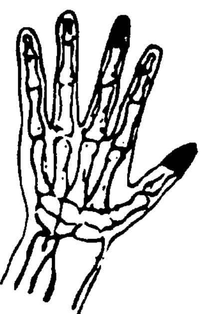


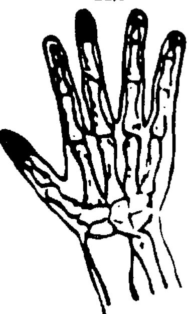




Αντίχειρος και μέσου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ονυχοφόρου του μέσου	21%	17%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και δύο φαλάγγων του μέσου	25%	21%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ολοκλήρου του μέσου	28%	23%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και ονυχοφόρου φάλαγγος του μέσου	31%	25%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και δύο φαλάγγων του μέσου	35%	29%







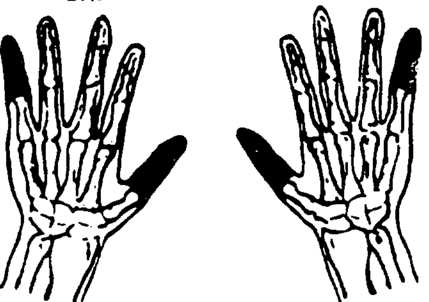


Αντίχειρος και παραμέσου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ονυχοφόρου του παραμέσου	21%	17%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και δύο φαλάγγων του παραμέσου	23%	19%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ολοκλήρου του παραμέσου	26%	21%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και ονυχοφόρου φάλαγγος του παραμέσου	31%	25%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και δύο φαλάγγων του παραμέσου	33%	27%

Αντίχειρος και μικρού

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ονυχοφόρου του μικρού	20%	17%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και δύο φαλάγγων του μικρού	23%	19%
Ονυχοφόρου φάλαγγος αντίχειρος και ολοκλήρου του μικρού	25%	21%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και ονυχοφόρου φάλαγγος του μικρού	30%	25%
Ολοκλήρου του αντίχειρος και δύο φαλάγγων του μικρού	33%	27%



Δείκτου και μέσου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και ονυχοφόρου του μέσου	10%	8%
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και δύο φαλάγγων του μέσου	14%	12%
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και ολοκλήρου του μέσου	17%	14%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και ονυχοφόρου του μέσου	16%	12%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και δύο φαλάγγων του μέσου	20%	16%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και ολοκλήρου του μέσου	23%	18%
Ολοκλήρου του δείκτου και ονυχοφόρου του μέσου	21%	17%
Ολοκλήρου του δείκτου και δύο φαλάγγων του μέσου	25%	21%

Δείκτου και παραμέσου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και ονυχοφόρου του παραμέσου	10%	8%
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και δύο φαλάγγων του παραμέσου	12%	10%
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και ολοκλήρου του παραμέσου	15%	12%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και ονυχοφόρου του παραμέσου	16%	12%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και δύο φαλάγγων του παραμέσου	18%	14%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και ολοκλήρου του παραμέσου	21%	16%
Ολοκλήρου του δείκτου και ονυχοφόρου του παραμέσου	21%	17%
Ολοκλήρου του δείκτου και δύο φαλάγγων του παραμέσου	23%	19%

Δείκτου και μικρού

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και ονυχοφόρουτου μικρού	9%	8%
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και δύο φαλάγγων του μικρού	12%	10%
Ονυχοφόρου φάλαγγος δείκτου και ολοκλήρου του μικρού	14%	12%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και ονυχοφόρου του μικρού	15%	12%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και δύο φαλάγγων του μικρού	18%	14%
Δύο φαλάγγων του δείκτου και ολοκλήρου του μικρού	20%	16%
Ολοκλήρου του δείκτου και ονυχοφόρου του μικρού	20%	17%
Ολοκλήρου του δείκτου και δύο φαλάγγων του μικρού	23%	19%

Μέσου και παραμέσου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος μέσου και ονυχοφόρου του παραμέσου	8%	6%
Ονυχοφόρου φάλαγγος μέσου και δύο φαλάγγων του παραμέσου	10%	8%
Ονυχοφόρου φάλαγγος μέσου και ολοκλήρου του παραμέσου	13%	10%
Δύο φαλάγγων του μέσου και ονυχοφόρου του παραμέσου	12%	10%
Δύο φαλάγγων του μέσου και δύο φαλάγγων του παραμέσου	14%	12%
Δύο φαλάγγων του μέσου και ολοκλήρου του παραμέσου	17%	14%
Ολοκλήρου του μέσου και ονυχοφόρου του παραμέσου	15%	12%
Ολοκλήρου του μέσου και δύο φαλάγγων του παραμέσου	17%	14%

Μέσου και μικρού

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος μέσου και ονυχοφόρου του μικρού	7%	6%
Ονυχοφόρου φάλαγγος μέσου και δύο φαλάγγων του μικρού	10%	8%
Ονυχοφόρου φάλαγγος μέσου και ολοκλήρου μικρού	12%	10%
Δύο φαλάγγων του μέσου και ονυχοφόρου του μικρού	11%	10%
Δύο φαλάγγων του μέσου και δύο φαλάγγων του μικρού	14%	12%
Δύο φαλάγγων του μέσου και ολοκλήρου του μικρού	16%	14%
Ολοκλήρου του μέσου και ονυχοφόρου φάλαγγος του μικρού	14%	12%
Ολοκλήρου του μέσου και δύο φαλάγγων του μικρού	17%	14%

Παραμέσου και μικρού

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου φάλαγγος παραμέσου και ονυχοφόρου του μικρού	7%	6%
Ονυχοφόρου φάλαγγος παραμέσου και δύο φαλάγγων του μικρού	10%	8%
Ονυχοφόρου φάλαγγος παραμέσου και ολοκλήρου του μικρού	12%	10%
Δύο φαλάγγων του παραμέσου και ονυχοφόρου του μικρού	9%	8%
Δύο φαλάγγων του παραμέσου και δύο φαλάγγων του μικρού	12%	10%
Δύο φαλάγγων του παραμέσου και ολοκλήρου του μικρού	14%	12%
Ολοκλήρου του παραμέσου και ονυχοφόρου του μικρού	12%	10%
Ολοκλήρου του παραμέσου και δύο φαλάγγων του μικρού	15%	12%

Β. Επί τριών δακτύλων

Αντίχειρος, δείκτου και μέσου

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ονυχοφόρου μέσου	27%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και δύο φαλάγγων μέσου	31%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ολοκλήρου μέσου	34%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ονυχοφόρου μέσου	33%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και δύο φαλάγγων μέσου	37%	30%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ολοκλήρου μέσου	40%	32%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ονυχοφόρου μέσου	38%	31%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και δύο φαλάγγων μέσου	42%	35%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ολοκλήρου μέσου	45%	37%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ονυχοφόρου μέσου	37%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και δύο φαλάγγων μέσου	41%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ολοκλήρου μέσου	44%	36%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ονυχοφόρου μέσου	43%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και δύο φαλάγγων μέσου	47%	38%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ολοκλήρου μέσου	50%	40%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ονυχοφόρου μέσου	48%	39%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και δύο φαλάγγων μέσου	52%	43%

Αντίχειρος, μέσου και παραμέσου

Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	25%	20%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	27%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	30%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	31%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	34%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	32%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	34%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	37%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	35%	28%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	37%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	40%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	41%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	44%	36%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	42%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	44%	36%

Αντίχειρος, μέσου και μικρού

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	24%	20%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	27%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	28%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	31%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	33%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	31%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	34%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	36%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	34%	28%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και δυο φαλάγγων μικρού	37%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	38%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	41%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	43%	36%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	41%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	44%	36%

Αντίχειρος, παραμέσου και μικρού

Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	24%	20%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	27%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	26%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	31%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	32%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	34%	28%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	34%	28%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	37%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	36%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	41%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	42%	34%

Αντίχειρος, δείκτου και παραμέσου

Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ονυχοφόρου παραμέσου	27%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και δύο φαλάγγων παραμέσου	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ολοκλήρου του παραμέσου	32%	26%

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ονυχοφόρου παραμέσου	33%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και δύο φαλάγγων παραμέσου	35%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ολοκλήρου παραμέσου	38%	30%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ονυχοφόρου παραμέσου	38%	31%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και δύο φαλάγγων παραμέσου	40%	33%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ολοκλήρου παραμέσου	43%	35%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ονυχοφόρου παραμέσου	37%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και δύο φαλάγγων παραμέσου	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ολοκλήρου παραμέσου	42%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ονυχοφόρου παραμέσου	43%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και δύο φαλάγγων παραμέσου	45%	36%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ολοκλήρου παραμέσου	48%	38%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ονυχοφόρου παραμέσου	48%	39%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και δύο φαλάγγων παραμέσου	50%	41%

Αντίχειρος, δείκτου και μικρού

Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ονυχοφόρου μικρού	26%	22%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και δύο φαλάγγων μικρού	29%	24%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ολοκλήρου μικρού	31%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ονυχοφόρου μικρού	32%	26%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και δύο φαλάγγων μικρού	35%	28%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ολοκλήρου μικρού	37%	30%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ονυχοφόρου μικρού	37%	31%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και δύο φαλάγγων μικρού	40%	33%
Ονυχοφόρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ολοκλήρου μικρού	42%	35%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ονυχοφόρου μικρού	36%	30%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και δύο φαλάγγων μικρού	39%	32%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ονυχοφόρου δείκτου και ολοκλήρου μικρού	41%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ονυχοφόρου μικρού	42%	34%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και δύο φαλάγγων μικρού	45%	36%
Ολοκλήρου αντίχειρος, δύο φαλάγγων δείκτου και ολοκλήρου μικρού	47%	38%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και ονυχοφόρου μικρού	47%	39%
Ολοκλήρου αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου και δύο φαλάγγων μικρού	50%	41%

Δείκτου, μέσου και παραμέσου

Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	14%	11%
Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	16%	13%
Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	19%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	18%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	20%	17%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	23%	19%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	21%	17%

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	23%	19%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	26%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	20%	15%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	22%	17%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	25%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	24%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	26%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	29%	23%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	27%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	29%	23%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	32%	25%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	25%	20%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	27%	22%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	30%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	29%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	31%	26%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμέσου	34%	28%
Ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	32%	26%
Ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμέσου	34%	28%

Δείκτου, παραμέσου και μικρού

Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	13%	11%
Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	16%	13%
Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	18%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	15%	13%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	18%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	20%	17%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	18%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	21%	17%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	23%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	19%	15%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	22%	17%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	24%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	21%	17%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	24%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	26%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	24%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	27%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	29%	23%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	24%	20%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	27%	22%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	29%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	26%	22%

	Δεξ.	Αρ.
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	29%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	31%	26%
Ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	29%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	32%	26%

Δείκτου, μέσου και μικρού

Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	13%	11%
Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	16%	13%
Ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	18%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	17%	15%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	20%	17%
Ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	22%	19%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	20%	17%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	23%	19%
Ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	25%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	19%	15%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	22%	17%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	24%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	23%	19%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	26%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	28%	23%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	26%	21%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	29%	23%
Δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	31%	25%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	24%	20%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	27%	22%
Ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	29%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	28%	24%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	31%	26%
Ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	33%	28%
Ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	31%	26%
Ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	34%	28%

Μέσου, παραμέσου και μικρού

Ονυχοφόρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	11%	9%
Ονυχοφόρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	14%	11%
Ονυχοφόρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	16%	13%
Ονυχοφόρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	13%	11%
Ονυχοφόρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	16%	13%
Ονυχοφόρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	18%	15%
Ονυχοφόρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	16%	13%
Ονυχοφόρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	19%	15%
Ονυχοφόρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	21%	17%

	Δεξ.	Αρ.
Δύο φαλάγγων μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	15%	13%
Δύο φαλάγγων μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	18%	15%
Δύο φαλάγγων μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	20%	17%
Δύο φαλάγγων μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	17%	15%
Δύο φαλάγγων μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	20%	17%
Δύο φαλάγγων μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	22%	19%
Δύο φαλάγγων μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	20%	17%
Δύο φαλάγγων μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	23%	19%
Δύο φαλάγγων μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	25%	21%
Ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	18%	15%
Ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	21%	17%
Ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	23%	19%
Ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	20%	17%
Ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	23%	19%
Ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσου και ολοκλήρου μικρού	25%	21%
Ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και ονυχοφόρου μικρού	23%	19%
Ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσου και δύο φαλάγγων μικρού	26%	21%

Γ. Επί τεσσάρων δακτύλων

Αντίχειρος, δείκτου, μέσου και παραμέσου

Ονυχ. αντίχειρ., ονυχ. δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	31%	25%
Ονυχ. αντίχειρ., ονυχ. δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	33%	27%
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ονυχοφ. μέσου και ολοκλ. παραμ.	36%	29%
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	35%	29%
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	37%	31%
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμ.	40%	33%

ΑΡΙΣΤΕΡΑ 25%

ΔΕΞΙΑ 31%

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	38%	31%
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	40%	33%
Ονυχ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμ.	43%	35%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ονυχοφόρου παραμέσου	37%	29%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	39%	31%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ολοκλήρου παραμ.	42%	33%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	41%	33%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ.δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και δύο φαλάγγωνπαραμ.	43%	35%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ολοκλήρου παραμ.	46%	37%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχ. παραμ.	44%	35%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	46%	37%
Ονυχ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ.δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμ.	49%	39%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	42%	34%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	44%	36%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου παραμ.	47%	38%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχ. παραμ.	46%	38%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγ. παραμ.	48%	40%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμ.	51%	42%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	49%	40%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	51%	42%
Ονυχ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμ.	54%	44%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	41%	33%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ονυχ. μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	43%	35%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ολοκλήρου παραμ.	46%	37%

ΑΡΙΣΤΕΡΑ
43%

ΔΕΞΙΑ
53%

	Δεξ.	Αρ.
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	45%	37%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	47%	39%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου παραμ.	50%	41%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	48%	39%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	50%	41%
Ολοκλ. αντίχειρος, ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμ.	53%	43%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ.δείκτου, ονυχ. μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	47%	37%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. μέσου και δύο φαλάγγων παραμ.	49%	39%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ολοκλήρου παραμ.	52%	41%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ονυχοφ. παραμ.	51%	41%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και δύο φαλάγγ. παραμ.	53%	43%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ολοκλήρου παραμ.	56%	45%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου παραμ.	54%	43%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλαγγ. παραμ.	56%	45%
Ολοκλ. αντίχειρος, δύο φαλάγγ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου παραμ.	59%	47%
Ολοκλ. αντίχειρος, ολοκλήρου δείκτου ονυχοφόρου μέσου ονυχοφόρου παραμ.	52%	42%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., ονυχοφόρου μέσ. και δύο φαλάγ. παραμ.	54%	44%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., ονυχοφόρου μέσ. και ολοκλήρου παραμ.	57%	46%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσ. και ονυχοφόρου παραμ.	56%	46%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσ. και δύο φαλάγγων παραμ.	58%	48%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσ. και ολοκλήρου παραμ.	61%	50%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσ. και ονυχοφόρου παραμ.	59%	48%
Ολοκλ. αντίχ. ολοκλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσ. και δύο φαλάγγων παραμ.	61%	50%

Αντίχειρος, δείκτου, παραμέσου και μικρού

Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., ονυχ. παραμ. και ονυχ. μικρού	30%	25%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., ονυχ. παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	33%	27%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., ονυχ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	35%	29%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., δύο φαλάγγων παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	32%	27%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., δύο φαλάγγων παραμ. κα δύο φαλάγγων μικρού	35%	29%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., δύο φαλάγγων παραμ. κα ολοκλήρου μικρού	37%	31%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., ολοκλήρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	35%	29%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., ολοκλήρου παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	38%	31%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δεικτ., ολοκλήρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	40%	33%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	36%	29%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου παραμ. και δύο φαλάγγ. μικρού	39%	31%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	41%	33%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	38%	31%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμ. και δύο φαλάγγ. μικρού	41%	33%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	43%	35%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	41%	33%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου παραμ. και δύο φαλάγγ. μικρού	44%	35%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	46%	37%

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. παραμέσ. και ονυχοφ. μικρού	41%	34%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	44%	36%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	46%	38%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλάγγων παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	43%	36%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλάγγων παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	46%	38%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλάγγων παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	48%	40%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	46%	38%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	49%	40%
Ονυχ. αντιχ., ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	51%	42%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	40%	33%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	43%	35%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ονυχοφόρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	45%	37%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	42%	35%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	45%	37%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	47%	39%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	45%	37%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	48%	39%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ολοκλήρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	50%	41%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	46%	37%
Ολοκλ. αντίχειρα δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ.παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρού	49%	39%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγ. δείκτου, ονυχ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	51%	41%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και ονυχ. μικρού	48%	39%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρ	51%	41%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγ. δείκτου, δύο φαλάγγ.παραμέσ. και ολοκλ. μικρού	53%	43%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλ. παραμέσ. και ονυχ. μικρού	51%	41%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλ. παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρού	54%	43%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλ. παραμέσ. και ολοκλ. μικρού	56%	45%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	51%	42%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχ. παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	54%	44%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχ. παραμέσ. και ολοκληρου μικρού	53%	46%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και ονυχ. μικρού	53%	44%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρ.	56%	46%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και ολοκλ. μικρού	58%	48%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσ. και ονυχ. μικρού	56%	46%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρ.	59%	48%

Αντίχειρος, δείκτου, μέσου και μικρού

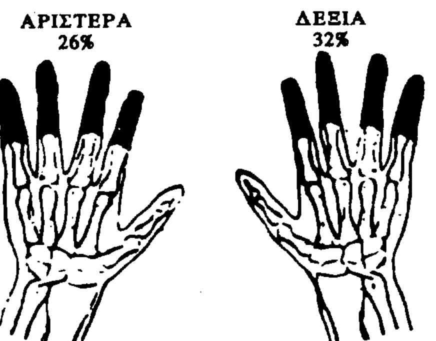
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ονυχ. μικρού	30%	25%
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, ονυχ. μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	33%	27%
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, ονυχ. μέσου και ολοκλήρου μικρού	35%	29%
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	34%	29%
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	37%	31%
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	39%	33%

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχ. αντίχ., ονυχοφ. δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	37%	31%
Ονυχ. αντίχ.,ονυχ. δείκτου, ολοκλήρ. μέσου και δύο φαλάγ. μικρού	40%	33%
Ονυχ. αντίχ., ονυχ. δείκτου, ολοκλήρ. μέσου και ολοκλήρου μικρού	42%	35%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου., ονυχ. μέσου και ονυχ. μικρού	36%	29%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου., ονυχ. μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	39%	31%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	41%	33%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ονυχ. μικρού	40%	33%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	43%	35%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	45%	37%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	43%	35%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	46%	37%
Ονυχ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	48%	39%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	41%	34%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	44%	36%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	46%	38%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	45%	38%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	48%	40%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	50%	42%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	48%	40%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	51%	42%
Ονυχ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	53%	44%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	40%	33%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	43%	35%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	45%	37%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	44%	37%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	47%	39%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	49%	41%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	47%	39%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	50%	41%
Ολοκλ. αντίχ., ονυχοφόρου δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	52%	43%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	46%	37%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	49%	39%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	51%	41%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ονυχοφόρου μικρού	50%	41%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	53%	43%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, δύο φαλάγγ. μέσου και ολοκλήρου μικρού	55%	45%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ονυχοφ. μικρού	53%	43%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	56%	45%
Ολοκλ. αντίχ., δύο φαλάγγων δείκτου, ολοκλήρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	58%	47%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ονυχοφόρου μικρού	51%	42%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	54%	44%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, ονυχοφόρου μέσου και ολοκλήρου μικρού	56%	46%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ονυχοφόρου μικρού	55%	46%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και δύο φαλάγγ. μικρού	58%	48%

	Δεξ.	Αρ.
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλήρου δείκτου, δύο φαλάγγων μέσου και ολοκλήρου μικρού	60%	50%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλ. δείκτου, ολοκλήρ. μέσου και οχυχοφόρου μικρού	58%	48%
Ολοκλ. αντίχ., ολοκλ. δείκτου, ολοκλήρ. μέσου και δύο φαλάγγων μικρού	61%	50%

Δείκτου, μέσου, παραμέσου και μικρού

	Δεξ.	Αρ.
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ονυχοφ. παραμέσ. και ονυχοφ. μικρού	17%	14%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ονυχοφ. παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	20%	16%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ονυχοφ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	22%	18%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	19%	16%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	22%	18%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	24%	20%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	22%	18%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	25%	20%
Ονυχ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	27%	22%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, ονυχοφόρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	21%	18%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, ονυχοφόρου παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρού	24%	20%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, ονυχοφόρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	26%	22%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	23%	20%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρού	26%	22%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, δύο φαλάγγ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	28%	24%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	26%	22%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρού	29%	24%
Ονυχ. δείκτ., δύο φαλάγγων μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	31%	26%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	29%	24%
Ονυχ. δείκτ. ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	32%	26%





	Δεξ.	Αρ.
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	34%	28%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	31%	26%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού.	34%	28%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	36%	30%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	34%	28%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	37%	30%
Ονυχ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	39%	32%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, ονυχ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	23%	18%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, ονυχ. παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	26%	20%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, ονυχ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	28%	22%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, δύο φαλ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	25%	20%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, δύο φαλ. παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	28%	22%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, δύο φαλ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	30%	24%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, ολοκλήρ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	28%	22%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, ολοκλήρ. παραμέσ. και δύο φαλάγγων μικρού	31%	24%
Δύο φαλάγγων δείκτ., ονυχ. μέσου, ολοκλήρ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	33%	26%
Δύο φαλάγγων δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ονυχ. παραμέσ. και ονυχ. μικρού	27%	22%
Δύο φαλάγγων δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ονυχ. παραμέσ. και δύο φαλάγγ. μικρού	30%	24%
Δύο φαλάγγων δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ονυχ. παραμέσ. και ολοκλήρου μικρού	32%	26%
Δύο φαλάγγων δείκτ., δύο φαλ. μέσου, δύο φαλ. παραμέσ. και ονυχοφόρου μικρού	29%	24%
Δύο φαλάγγων δείκτ., δύο φαλ. μέσου, δύο φαλ. παραμέσ. και δύο φαλάγγ, μικρού	32%	26%
Δύο φαλ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	34%	28%
Δύο φαλ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ολοκλήρ. παραμ. και ονηχοφόρου μικρού	32%	26%
Δύο φαλ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ολοκλήρ. παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	35%	28%
Δύο φαλ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ολοκλήρ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	37%	30%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	30%	24%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	33%	26%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	35%	28%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	32%	26%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμ. και δύο φαλάγγ. μικρού	35%	28%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλάγγων παραμ. και ολοκλήρου μικρού	37%	30%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	35%	28%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	38%	30%
Δύο φαλ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	40%	32%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	28%	23%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	31%	25%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	33%	27%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	30%	25%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	33%	27%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	35%	29%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	33%	27%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ολοκλήρου παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	36%	29%
Ολοκλήρ. δείκτ., ονυχοφ. μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	38%	31%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ονυχοφ. παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	32%	27%

	Δεξ.	Αρ.
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ονυχοφ. παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	35%	29%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ονυχοφ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	37%	31%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	34%	29%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	37%	31%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	39%	33%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	37%	31%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ολοκλήρου παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	40%	33%
Ολοκλήρ. δείκτ., δύο φαλ. μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	42%	35%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	5%	9%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και δύο φαλάγγ. μικρού	35%	29%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ονυχοφόρου παραμ. και ολοκλήρου μικρού	40%	33%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	37%	31%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλ. παραμ. και δύο φαλάγγων μικρού	40%	33%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, δύο φαλ. παραμ. και ολοκλήρου μικρού	42%	35%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμ. και ονυχοφόρου μικρού	40%	33%
Ολοκλήρ. δείκτ., ολοκλήρου μέσου, ολοκλήρου παραμ. και δύο φαλάγγ. μικρού	43%	35%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Απόσπασμα πουργικής απόφασης 33950/84 "Περί παθήσεων που αποτελούν εμπόδιο για τη χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδηγήσεως (ΦΕΚ, τεύχος Δεύτερο, Αριθ. φύλλου 831, 22.11.84)

7. *Οπτική οξύτητα*

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Ε	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς
Αρχική χορήγηση Το άθροισμα των οπτικών οξυτήτων των δύο ματιών μετρουμένη με γυαλιά ή χωρίς γυαλιά πρέπει να είναι τουλάχιστον 14/10.	*Αρχική χορήγηση* Οπως στη στήλη 1
Αναλυτικά:	
7/10 στο ένα μάτι και 7/10 στο άλλο, ή 8/10 στο ένα μάτι και 6/10 στο άλλο, ή 9/10 στο ένα μάτι και 5/10 στο άλλο, ή 10/10 στο ένα μάτι και 4/10 στο άλλο.	Οπως στη στήλη 1
Η διόρθωση του κάθε ματιού χωριστά με την οποία επιτυγχάνεται η παραπάνω οξύτητα δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 3 σφαιρικές διοπτρίες και/ή, τις 2 αστιγματικές.	Η διόρθωση του κάθε ματιού χωριστά με την οποία επιτυγχάνεται η παραπάνω οπτική οξύτητα δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 6 σφαιρικές διοπτρ[illegible] και/ή τις 3 αστιγματικές.
Σε περιπτώσεις ανισομετρωπίας η διαφορά των δύο ματιών δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 2 διοπτρίες.	Σε περιπτώσεις ανισομετρ[illegible]πίας η διαφορά των δύο ματ[illegible] δεν πρέπει να υπερβαίνει τις [illegible] διοπτρίες.
Οι οδηγοί αυτής της κατηγορίας μπορούν κατά την οδήγηση να φορούν φακούς επαφής, η εξέταση όμως για τη διαπίστωση των παραπάνω προϋποθέσεων γίνεται υποχρεωτικά με γυαλιά.	Οπως στη στήλη 1

Α. ..ωση Το άθροισμα των οπτικών οξυτήτων των δύο ματιών με[τ]ρουμένη με γυ[αλ]ιά ., χωρίς γυαλιά πρέπει να είναι τουλάχιστον 14/10. Η διόρθωση του κάθε ματιού χωριστά δεν πρέπει να υπερβαίνει 6 σφαιρικές διοπτρίες και/ή τις 3 αστιγματικές, και η ανισομετρωπία τις 3 διοπτρίες.	*Ανανέωση* Ισχύει το ίδιο με τα επαγγελματικά άνω των 3,5 τ. Δεν υπάρχει χειρισμός στη διόρθωση με την οποία επιτυγχάνεται η παραπάνω οπτική οξύτητα, αρκεί τα γυαλιά (ή οι φακοί επαφής) να είναι καλά ανεκτά από τον εξεταζόμενο.

8. *Οπτικά πεδία:*

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Ε	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς.
Χορήγηση ή ανανέωση Το οπτικό πεδίο του κάθε ματιού χωριστά πρέπει να είναι πλήρες.	*Χορήγηση ή ανανέωση* Οπως στη στήλη 1

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνει αδρά εκτίμηση του οπτικού πεδίου. Αν κατά την εξέταση διαπιστωθεί διαταραχή ή υπόνοια διαταραχής του οπτικού πεδίου, ή πάθηση που είναι πιθανόν να προκαλεί διαταραχή του οπτικού πεδίου, θα πρέπει να εκτελείται λεπτομερής λήψη του οπτικού πεδίου με κατάλληλο όργανο. Αν ο εξεταστής δε διαθέτει τον απαιτούμενο εξοπλισμό μπορεί να ζητήσει να γίνει η εξέταση σε Κρατικό Νοσοκομείο.

9. *Αντίληψη Χρωμάτων:*

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Β	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς
Χορήγηση άδειας Ο υποψήφιος οδηγός πρέπει να έχει ομαλή αντίληψη των χρωμάτων. Η εξέταση για τη διαπίστωση της ομαλής αντίληψης των χρωμάτων γίνεται με τους ισοχρωματικούς πίνακες (Ishihara)	*Χορήγηση άδειας* Οπως στη στήλη 1
Ανανέωση άδειας Η άδεια ανανεώνεται, εφόσον ο οδηγός διακρίνει άνετα τα τρία χρώματα (κόκκινο, πράσινο, κίτρινο) ενός τρίχρωμου φανού.	*Ανανέωση άδειας* Οπως στη στήλη 1

10. *Διόφθαλμη Οραση:*

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Ε	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς.
Χορήγηση ή ανανέωση Ο οδηγός δεν πρέπει να πάσχει από πάθηση, που αποτελεί εμπόδιο στη στερεοσκοπική όραση (π.χ. έκδηλο στραβισμό ή διπλωπία).	*Χορήγηση ή ανανέωση* Οπως στη στήλη 1

11. *Αφακία:*

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Ε	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς
Χορήγηση ή ανανέωση Η αφακία, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, αποτελεί εμπόδιο για τη χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης αυτών των κατηγοριών, έστω και αν διορθώνεται με φακούς επαφής ή ενδοφθάλμιους φακούς.	*Χορήγηση άδειας* Η αφακία, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, αποτελεί εμπόδιο για τη χορήγηση άδειας οδήγησης αυτής της κατηγορίας. *Ανανέωση άδειας* Η αφακία, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, δεν αποτελεί εμπόδιο, εφόσον διορθώνεται με ενδοφθάλμιους φακούς ή φακούς επαφής και εκπληρώνονται οι προϋποθέσεις της ελάχιστης οπτικής οξύτητας που απαιτούνται για αυτήν την κατηγορία.

12. Μονοφθαλμία:

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Ε	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς.
Χορήγηση ή ανανέωση	*Χορήγηση ή ανανέωση*
Δεν χορηγείται άδεια.	Δεν χορηγείται άδεια.

13. Αλλες παθήσεις των ματιών:

ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2
Αδειες Κατηγοριών Γ, Δ και Ε	Αδειες Κατηγορίας Β που χορηγούνται σε επαγγελματίες οδηγούς.
Χορήγηση ή ανανέωση	*Χορήγηση ή ανανέωση*
Αδεια οδηγήσης δεν χορηγείται ούτε ανανεώνεται υφιστάμενη στις παρακάτω παθήσεις, έστω και αν επληρώνονται οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στις προηγούμενες παραγράφους.	Οπως στη στήλη 1

Εσπερανωπία (νυκτερινή τύφλωση)

Κάθε περιορισμός των κινήσεων του βολβού, έστω κι αν δεν συνοδεύεται από διπλωπία.

Πτώση του βλεφάρου, εφόσον στην πρωτεύουσα θέση των ματιών καλύπτεται μέρος του κορικού πεδίου.

Απώλεια του φωτοκινητικού αντανακλαστικού.

Σημαντικού βάθμού εξόφθαλμος ή βλάβες των βλεφάρων που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα από έκθεση του κερατοειδούς.

Χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις του αμφιβληστροειδούς ή χοριοειδούς.

Προχωρημένου σταδίου αγγειακές βλάβες του αμφιβληστροειδούς.

Κάθε πάθηση των ματιών, που αποτελεί εμπόδιο στην ασφαλή οδήγηση και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις αυτών των κατηγοριών έστω και αν δεν αναφέρεται στις παραπάνω παραγράφους.

Σε αμφίβολες περιπτώσεις ο πρωτοβάθμιος εξεταστής παραπέμπει τον εξεταζόμενο σε Δ.Ι.Ε.

Σε κάθε περίπτωση που διαπιστώνεται ότι ο εξεταζόμενος εκπληρώνει τις ελάχιστες προϋποθέσεις ικανότητας, πάσχει όμως από πάθηση που είναι δυνατό να τον καταστήσει ανίκανο για ασφαλή οδήγηση σε διάστημα μικρότερο από το καθοριζόμενο για ανανέωση της άδειάς του, ο εξεταστής οφείλει να αναγράψει την πάθηση στο εκδιδόμενο πιστοποιητικό και να καθορίσει ανανέωση σε συντομότερο χρονικό διάστημα.

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ